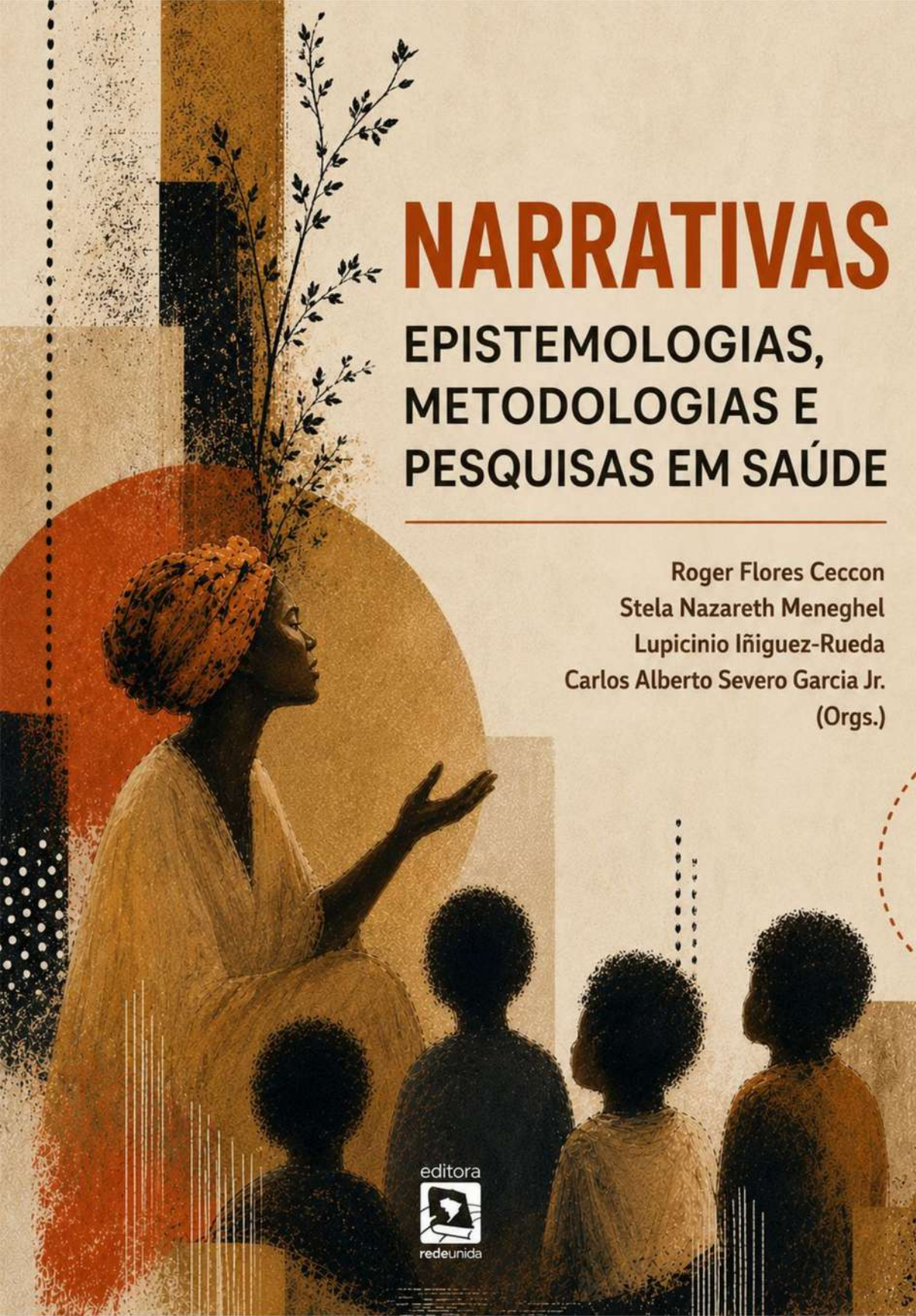
NARRATIVAS

EPISTEMOLOGIAS, METODOLOGIAS E PESQUISAS EM SAÚDE

Roger Flores Ceccon
Stela Nazareth Meneghel
Lupicinio Iñiguez-Rueda
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
(Orgs.)



editora
redeunida

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

ORGANIZADORES
Roger Flores Ceccon
Stela Nazareth Meneghel
Lupicinio Iñiguez-Rueda
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Série Vivências em Educação na Saúde

NARRATIVAS
EPISTEMOLOGIAS, METODOLOGIAS E PESQUISAS EM SAÚDE

1ª Edição
Porto Alegre
2026

editora
redeunida

Copyright © 2026 by António Sousa Uva, Florentino Serranheira e Associação Rede Unida

Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto
Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão
Tiago Estrela da Cunha Moraes

Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Capa
Roger Flores Ceccon

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

N234

Narrativas: epistemologias, metodologias e pesquisas em saúde/ Roger Flores Ceccon; Stela Nazareth Meneghel; Lupicinio Iñiguez-Rueda; Carlos Alberto Severo Garcia Jr. (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

192 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 40).

E-book: 12.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-291-2

DOI: 10.18310/9786554622912

1.Saúde Coletiva. 2. Narrativa. 3. Atenção à Saúde. 4. Estudos de Avaliação como Assunto. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores

NLM WA 20,5

CDU 614:001.89

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

Sumário

Prefácio | Narrativa como meio de socialização e estratégia de pesquisa.... 13

Maria Cecília de Souza Minayo

Apresentação | Narrar para não silenciar o mundo 18

Roger Flores Ceccon, Carlos Alberto Severo Garcia-Júnior, Stela Nazareth Meneghel, Lupicínio Iñiguez-Rueda

EIXO 1 | NARRATIVAS EM PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA, TEÓRIC E CONCEITUAL 20

Capítulo 1

Narrativas e histórias de vida: caminhos..... 21

Stela Nazareth Meneghel

Capítulo 2

Construcionismo Social, Narrativas e Saúde Coletiva 46

Roger Flores Ceccon, Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Lupicínio Iñiguez Rueda

Capítulo 3

"Ciência Intuitiva" e a Cartografia na Pesquisa em Saúde 60

Túlio Batista Franco

Capítulo 4

Escrita epistolar como política da narratividade em educação e saúde 80

Elisandro Rodrigues, Marta Orofino

Capítulo 5

Movimentos narrativos de linguagem, saúde e educação: Entre Brasil e Moçambique 96

André V. Barcellos, Carolina da Nova Cruz, Denise Viuniski da Nova Cruz

Capítulo 6

Narrativa do Óbvio: imaginação e memória-território por uma política de narratividade no campo da atenção psicossocial 115

Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Cristian da Cruz Chiabotto, Márcio Fransen Pereira

Capítulo 7

Modelo de enfermagem narrativo integrado 136

Giovanna Artioli, Gisele Cristina Manfrini, Federica Dellafiore

EIXO 2 | NARRATIVAS EM PERSPECTIVA METODOLÓGICA: TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS, PRODUÇÃO E ANÁLISE DE HISTÓRIAS 164

Capítulo 8

Medicina narrativa: escuta, experiência e reflexão na educação médica 165

Márcia Abreu, Cláudio Banzato, Rosana Onocko-Campos, Diego A. H. Ortega dos Santos

Capítulo 9

Entra por uma porta e sai pela outra, quem quiser que conte outra. Fomentando a construção de histórias na pesquisa narrativa 188

Neide Emy Kurokawa e Silva, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Capítulo 10

Narrativa como dispositivo de construção de saberes e mundos: uma questão central em pesquisas coparticipantes 212

Emerson Elias Merhy, Debora Cristina Bertussi, Stefanie Kulpa, Helvo Slomp

Junior, Antonio Pagni

Capítulo 11

Oficina de trabalho sobre interpretação de textos numa perspectiva hermenêutica dialética..... 227

Maria Marta Borba Orofino, José Mauricio de Oliveira

Capítulo 12

Descrever o Campo: A Teoria Ator-Rede na Construção de Narrativas em Saúde Coletiva 239

Alana Aragão Ávila

EIXO 3 | PESQUISAS, INVESTIGAÇÕES E EXPERIÊNCIAS METODOLÓGICAS NO USO DE NARRATIVAS..... 252

Capítulo 13

Entre o silêncio e a memória: narrativas sobre mortes por Covid-19 no Brasil..... 253

Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Roger Flores Ceccon,

Capítulo 14

Experiências de adoecimento de mulheres trans, travestis e outras pessoas transfemininas com transtornos mentais comuns: um estudo de narrativas 270

Fillipe Teixeira Tinoco Rodrigues, Águi Berenice Ferreira Martins, Erotildes Maria Leal

Capítulo 15

Formação sensível à diversidade: narrativas de estudantes de odontologia sobre o cuidado às populações LGBTQIA+..... 299

Murilo Kazuo Iwassake, Virgínia de Menezes Portes, João Batista de Oliveira Junior, Mônica Machado Cunha e Mello, Stephany Yolanda Ril, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Capítulo 16

Desigualdades sociais no território: narrativas de profissionais sobre os

sentidos atribuídos à prática na Atenção Primária à Saúde..... 320

Yasmim Fabris Colonetti, Fabiane Ferraz, Jacks Soratto, Cristiane Damiani Tomasi

Capítulo 17

Implementação da medicina narrativa interprofissional: viabilidade de programas/projetos de extensão na formação médica 343

Lays Fernanda Nunes Dourado, Delba Fonseca Santos

Capítulo 18

Narrativas de uma psicóloga negra em um CERSAM AD: o cuidado com mulheres negras e usuárias de drogas..... 370

Vitor Igor Fernandes Ramos, Luana dos Santos Nascimento

Capítulo 19

Trabalhadores em carne e osso: narrativas sobre a exploração do trabalho nos frigoríficos e seus impactos na saúde coletiva 394

Pedro Paulo Scremin Martins, Matheus Leoni Dultra Brasil, Juliana Cipriano de Arma, Douglas Francisco Kovaleski

Capítulo 20

A vida em suspensão: narrativas de mulheres com câncer do colo do útero..... 420

Isabel Marco Huesca, Élida Azevedo Hennington

Capítulo 21

Seminários Rotas Críticas: narrativas de violências de gênero 446

Stela Nazareth Meneghel

Capítulo 22

Clínica, cena e narrativa: entreatos 473

Erotildes Maria Leal, Nuria Malajovich Munoz, Aurélio Orth de Aragão, Octavio Domont de Serpa Junior

Capítulo 23

Reflexões em saúde em duas favelas cariocas: narrativas territoriais e determinantes sociais de saúde..... 500

Stallone Pereira Abrantes

Capítulo 24

Narrativas indígenas como epistemologias de cuidado: rupturas e continuidades diante da hegemonia biomédica..... 518

Johnnata Silva dos Santos

Capítulo 25

Ano que vem você está aqui de novo: violência obstétrica pela boca da ciência e do corpo feminino.....527

Gabriela Zoti Dornelles, Roger Ceccon Flores

Capítulo 26

Para não cair no esquecimento: Memórias de adultos sobre a experiência com a poliomielite..... 538

Martha Cristina Nunes Moreira, Marcelo de Abreu Maciel, Francine de Souza Dias

Capítulo 27

Eu ainda me levanto: violência, arte e saúde coletiva como gesto político 566

Davison Godoy Dutra, Elbin Djedjo, Stela Nazareth Meneghel

Epílogo (ou sobre como as narrativas não são um adorno, mas a própria fábrica do real)..... 571

Lupicinio Íñiguez-Rueda

Sobre os autores..... 575

Prefácio

Narrativa como meio de socialização e estratégia de pesquisa

Maria Cecília de Souza Minayo
Pesquisadora Emérita da Fundação Oswaldo Cruz e da Faperj

O convite de Roger, Carlos Alberto, Stela e Lupicinio para prefaciar o livro *"Narrativas: epistemologias, metodologias e pesquisas em saúde"* muito me honrou e muito lhes agradeço e desejo sucesso com esta obra. Inicialmente o trabalho me levou a revisitar o clássico texto "O narrador" de Walter Benjamin (1994). Também me trouxe de volta à infância. Uma infância no interior de Minas, "na roça", em que a vida era regida por um ritmo lento e cercada de pequenos ritos, brincadeiras e medos. Conto-lhes que havia um hábito estabelecido por meu pai e minha mãe de, em determinada época do ano, o da colheira de milho, todas as noites, sentarmo-nos em volta de um monte de sabucos, retirando os grãos que a máquina não conseguira subtrair. A família grande de onze filhos ouvia e contava histórias, algumas de dar medo e de arrepiar, incluindo relações com os animais e os parentes vivos e mortos e, também, sobre o famoso "lobisomem".

Tempos que ficaram no passado como toda a história dessa família tronco, com a morte de papai e mamãe. Não as histórias, mas as fotos e as relações sobrevivem hoje num grupo de whatsapp onde estão irmãos, tios, sobrinho, netos, bisnetos e tetranetos: um grupo imenso! O que foi construído simbolicamente em volta de uma montanha se sabuco continua vivo de outras formas e em outras histórias que nos alegram ou nos fazem chorar, pois o conto da família não terminou. Deu-me uma certa nostalgia lembrar esse passado longínquo. Mas quem me conhece sabe que não vivo do passado e tenho mania de professora (70 anos de magistério, quase 88 de vida). Trabalho com conceitos. Assim que, neste prefácio falarei de três pontos: o conceito de narrativa em autores clássicos; a relação e a diferenciação entre narrativa, informação e comunicação; e as improváveis similitudes entre narrativa e *fake news*.

Como lembra Walter Benjamin (1994) e outros teóricos como Mikhail Bakthin (2003) e Roland Barthes (2004) a narrativa é uma forma de transmitir experiências, valores e visão de mundo em forma de histórias e de contos. Ela não é uma informação bruta: é sempre uma seleção, uma organização de fatos que dão coerência à trama. No caso da minha família, o que era transmitido naquelas conversas antes de dormir era a ética do trabalho e a condenação do desperdício – não como algo pensado ou calculado, mas que se entranhava em nós crianças, pela vivência - num ambiente em que os grãos de milho eram o veículo da socialização.

Walter Benjamin foi um autor muito tocado pelas histórias das pessoas comuns consideradas por ele como guardiãs das tradições e da memória dos acontecimentos, daquilo que, em geral, não interessa aos grandes historiadores (Dutra, 2002). Ele conta que o impressionou muito o emudecimento dos ex-combatentes que vivenciaram os horrores da primeira guerra mundial. Por que isso acontecia, ele se perguntava? Numa perspectiva bastante pessimista, discorreu sobre o assunto e, em grande parte, atribuiu a perda de importância dos narradores ao rápido desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação que dão notícias rápidas, fragmentadas e sem emoção.

Para entender o conceito de "narrativa" e sua permanência é importante retomar o pensamento do filósofo Martin Heidegger (1999) quando nos ensina que os fatos da vida real, sempre, são por nós compreendidos e vividos de determinada forma enquanto, ao mesmo tempo, são internalizados. Por meio da linguagem (Bakthin, 2003) os externalizamos, os contamos por meio de uma primeira interpretação pessoal baseada na experiência, nas vivências curtidas na vida, sempre tendo em conta o momento histórico em que ela se situa. Heidegger lembra que a compreensão dos acontecimentos e sua interpretação andam juntas no sujeito que narra. A esse processo, Schütz (1999) denominou "interpretação de primeira ordem" (porque originada da pessoa que vivenciou o fato), concluindo que o pesquisador que analisa narrativas promove uma compreensão de "segunda ordem", ou seja, reinterpreta o que já veio interpretado pela versão do narrador. Portanto, ainda que celebrando a excelente contribuição de Walter Benjamin (1994) é preciso dizer que o tempo das narrativas não terminou e não termina, porque elas se assentam no senso comum, nas crenças, nos valores e na visão de mundo, dando sentido à experiência humana. Seu conteúdo pode ser constituído de ficção ou de fato, mas não tem o objetivo de enganar. Toda narrativa tem começo, meio e fim (Barthes, 2004) e mostra a capacidade de expressá-la por parte do narrador. Essa ação humana pode ocorrer de forma oral, escrita, midiática, teatral, em filmes, por imagens artísticas ou numa entrevista concedida ao entrevistador. Ela depende da escuta para se perpetuar na memória coletiva (Rayan, 2001). A forma mais simples de narrar é contar a história.

O que diferencia a narrativa da informação e da comunicação? Essa é uma questão importante que estava no âmago das preocupações filosóficas de Walter Benjamin. A resposta não é simples porque essas duas ações se entrelaçam. Mas são diferentes. Enquanto a narrativa transmite a experiência e a sabedoria construída na vivência, a informação é uma mensagem objetiva e pontual com pretensão de atualizar as pessoas sobre o que acontece, pretendendo ser precisa e de utilidade imediata. A informação é um dado para comunicar algo verificável. Ela valoriza a verdade factual e atual. É consumida rapidamente e não precisa de

enredo e nem de interpretação simbólica. Por sua vez, a comunicação social é um sistema institucionalizado de produção, difusão e recepção de mensagens (jornais, TV, rádios, redes sociais e outros), com objetivo de mediar socialmente o fluxo de informações cotidianas, políticas, econômicas, culturais, morais, religiosas e outras. Os elementos de fragmentação e de consumo imediato que conformam a informação e a organização racional do sistema de comunicação e de mediação os diferenciam do conceito de narrativa. Porém, não os distanciam totalmente, porque a mídia também constrói narrativas que subjazem às notícias fragmentadas, ao eleger suas pautas, seus heróis, seus inimigos, e seus temas prioritários (Mcnair, 2009). Por sua vez, as narrativas continuam gerando histórias que muitas vezes absorvem e se servem dos discursos da mídia (Wardley, 2017).

Por fim, há uma questão não desprezível da sociedade contemporânea sobre narrativas, que são as convencionalmente chamadas fake news (Allcott et al, 2017; Wardley et al, 2017) Por incrível que pareça, a relação entre narrativa e notícias falsas é muito estreita: ambas lidam com construção de sentidos e com a disputa pela interpretação da realidade. Fake news funcionam como narrativas construídas artificialmente. Em geral, elas se distinguem por apresentar um dado falso embrulhado numa história verossímil, visando, particularmente, provocar medo e mexer com crenças profundas emocionalmente convincentes. Por isso, o debate contemporâneo inclui a discussão das notícias falsas como narrativas estratégicas, porque elas têm o poder de se repetir e de se espalhar. Em resumo, notícias falsas são narrativas fabricadas que exploram a necessidade humana de sentido. Enquanto a narrativa tradicional nos termos definidos por Walter Benjamin transmite experiência e sabedoria, as fakes news transmitem desinformação e manipulação por meio da repetição, do apelo emocional, do medo e dos preconceitos. Ambas, porém, operam pela mesma lógica humana de dar sentido ao mundo por meio de histórias.

Encerro este prefácio que apenas pincela o tema das narrativas, desejando que a leitura dos vários capítulos deste livro contribua para aumentar nossa sabedoria.

Referências

ALLCOTT, Hunt; GENTZKOW, Matthew. Social media and fake news in the 2016 election. *Journal of Economic Perspectives*, v. 31, n. 2, p. 211–236, 2017.

BAKHTIN, Mikhail. *Estética da criação verbal.* São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BARTHES, R. *O rumor da língua.* São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 65–105.

BENJAMIN, W. *O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.* Em *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.* São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197–221.

DUTRA E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos em Psicologia.* 2002, Jul;7(2):371–378.

HEIDEGGER, M. *O ser e o tempo.* Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

McNAIR, B. *News and Journalism in the UK.* 5. ed. London: Routledge, 2009.

RYAN, M.L. *Narrative as Virtual Reality: Immersion and Interactivity in Literature and Electronic Media.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001.

SCHÜTZ, A. *Phenomenology and Social Relations.* Chicago: Chicago University Press, 1999.

WARDLE, Claire; DERAKHSHAN, Hossein. *Information Disorder: Toward an Interdisciplinary Framework for Research and Policy Making.* Paris: UNESCO, 2017.

Apresentação

Narrar para não silenciar o mundo

Roger Flores Ceccon
Carlos Alberto Severo Garcia-Júnior
Stela Nazareth Meneghel
Lupicínio Iñiguez-Rueda

Este livro nasce de encontros. Não de encontros pacificados, mas daqueles que desestabilizam, que deslocam o lugar de quem escuta e de quem fala, que interrompem a pretensa neutralidade do olhar técnico e convocam a experiência viva como matéria de pensamento. *NARRATIVAS: EPISTEMOLOGIAS, METODOLOGIAS E PESQUISAS EM SAÚDE* não é apenas um conjunto de textos; é um campo de forças onde vozes, corpos, territórios e afetos se entrecruzam, tensionando o modo como temos aprendido a conhecer, cuidar e intervir.

Narrar, aqui, não é ilustrar conceitos nem adornar teorias. Narrar é um gesto ético. Um gesto que se faz contra o apagamento, contra a violência do silêncio imposto, contra a redução da vida a indicadores, protocolos e diagnósticos. As narrativas que atravessam este livro não buscam explicar a experiência, mas habitá-la. Elas insistem naquilo que escapa às categorias

prontas, no que resiste à captura dos discursos hegemônicos da saúde, no que permanece irredutível às formas normativas de dizer e compreender o sofrimento, o cuidado e a existência.

Ao reunir diferentes autores e autoras, pensamentos, epistemologias, experiências e visões de mundo, este livro assume que a Saúde Coletiva é, antes de tudo, um campo atravessado por disputas de sentido. Disputa-se o que conta como saber, quem pode falar, quais vidas importam, quais dores são legitimadas e quais permanecem invisíveis.

Há, neste livro, uma aposta clara: a de que narrar produz realidade. Não como mera representação do mundo, mas como prática que o reconfigura. Cada texto opera como uma fissura nos discursos totalizantes, abrindo brechas para outros modos de cuidado, outras éticas da escuta, outras formas de relação entre saber e vida. Ao colocar em circulação histórias silenciadas, este livro desloca a Saúde Coletiva de um lugar exclusivamente técnico para reinscrevê-la como território sensível, atravessado por afetos, memórias e conflitos.

O leitor encontrará aqui narrativas que não se pretendem conclusivas. Elas permanecem abertas, inacabadas, em processo – como os próprios territórios vivos de onde emergem. São textos que convocam mais perguntas do que respostas, que exigem demora, escuta atenta e implicação. Ler este livro é aceitar o convite para habitar a instabilidade, reconhecer a vulnerabilidade como condição do cuidado e assumir que não há transformação sem risco.

Este livro é, portanto, um livro que se escreve contra a pressa, contra a simplificação e contra o esquecimento. Um livro que aposta na palavra como espaço de encontro e de luta, como possibilidade de reinscrever a vida no centro das práticas de saúde. Que estas páginas não sejam tomadas como ponto de chegada, mas como disparadoras de outros diálogos, outras narrativas e outros mundos possíveis.

EIXO 1

NARRATIVAS EM PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA, TEÓRIC E CONCEITUAL

Capítulo 1

Narrativas e histórias de vida: caminhos

Stela Nazareth Meneghel

Este texto, escrito na primeira pessoa do singular, apresenta relatos de pesquisas e experiências acerca de narrativas de mulheres, jovens, homens, adolescentes e estudantes. Pesquisas ancoradas no referencial da interseccionalidade analisando os fatos por meio do entrelaçamento entre classe social, gênero e raça (Crenshaw, 2002).

Histórias, contos, crônicas, romances, novelas são relatos narrativos, assim como os contos de fada, as tragédias, peças teatrais, poesias, cordel, letras de canções. Talvez possamos dizer que as narrativas podem ser entendidas como metáforas, figuras de linguagem, literatura. Incluem narrativas de enfermidades coletadas por meio de relatos clínicos, descrições de situações de risco e perigo, registro de ações de resistência e estratégias de enfrentamento a perigos e violências. As narrativas podem ser usadas para denunciar iniquidades, racismo, sexismo e classismo. Mas podem também ser valiosas para elencar meios para enfrentar violências, aflições, mal-estar, doença e morte, compartilhar experiências que deram certo, falar da cultura, da arte e do bem viver.

O texto aqui apresentado pauta-se em material produzido em pesquisas nas quais se ouviram os mais diversos tipos de narrativas e histórias nos percursos metodológicos. As pesquisas foram: Rotas críticas de mulheres em situação de violência (Meneghel, 2006), Histórias e artes na promoção da vida (Meneghel, 2006), Comportamento suicida em pessoas idosas (Minayo,2010).

Os filmes, assim como a literatura, constituem um repositório infindável de narrativas, muitas das quais podem ser usadas pedagogicamente, nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. No documentário Jogo de Cena, por exemplo, (Coutinho, 2007), 23 mulheres que atenderam a uma chamada na imprensa local contam suas histórias de vida em um teatro no Rio de Janeiro. Não há como deixar de comparar as histórias das mulheres gravadas por Coutinho com as narrativas que ouvimos nas pesquisas, na clínica e na sala de aula. No documentário e na pesquisa, ao ouvir as pessoas, ao desejar conhecer suas histórias de vida ou aprofundar a conversa em temas específicos o processo é bastante similar e, neste filme, o diretor se debruça e nos encanta com a potência das histórias das mulheres entrevistadas, contadas e recontadas, pela entrevistadas e por atrizes brasileiras que as reproduzem.

Para comentar este filme, escrevi na época: em um estudo de teor qualitativo, assim como em um filme, você escolhe algumas narrativas, afinal não temos fôlego para ouvir todas. Ou, podemos ouvir a todas e depois selecionar as mais expressivas, as mais significativas, as mais contundentes. O pesquisador/diretor ouve atentamente as histórias e vai inquirindo por novos fatos, esclarecendo alguns episódios e passagens obscuras, estimulando o narrador a seguir o relato. Neste sentido, a voz do entrevistador é fundamental, pois ela acompanha as modulações do sentimento das pessoas ouvidas, respeitando-os e dando tempo para relembrar os fatos e para buscar a palavra adequada, que aflora com a memória. Com a voz, podemos pôr tudo a perder, ao fazer uma pergunta precipitada ou exprimir rechaço, preconceito ou desinteresse. E a voz de Coutinho está exatamente no tom que se propõe: expressando entendimento e empatia, às vezes brincalhona, outras vezes

intrigada, muitas comovida. (...) Na edição do material – a etapa da análise – diz Lawrence Bardin, "de nada serve contabilizar, se não se cortar a preceito". Ou seja, tanto no filme quanto na pesquisa é preciso cortar a contento, corte errado e ponha tudo a perder. E, assim como o narrador vai compondo sua história – tecendo, costurando, remendando, fazendo e refazendo, reparando, costurando outra vez –, o diretor acompanha esse movimento, dando voz às mulheres para contar uma, duas, várias vezes a mesma história, contada pela pessoa que viveu, contada pela atriz que encenou, contada por um coro de vozes, ressignificada na polifonia da criação coletiva. Como os neorealistas no pós-guerra, Coutinho filma com pessoas comuns da população, misturando-as com atores profissionais, deixando borrosos os limites de até onde vai a história real e onde começa a ficção. Na realidade, não importa se invenção ou verdade, todas as histórias são reais (Meneghel, 2008).

Este capítulo está organizado em cinco partes: na primeira delas – Narrativas: histórias de muitas vidas, apresento o processo investigativo usado em minha tese de doutorado, o primeiro estudo de narrativas com teor qualitativo em que me embrenhei.

A segunda parte – Histórias e artes na promoção da vida – relata a organização de um grupo de contadores de histórias, ligado a um projeto de pesquisa sobre o tema. Esse projeto acolheu várias dissertações de mestrado, um grupo de discussão virtual que aconteceu em tempos de epidemia e o programa de rádio Fala Mulher! um projeto de extensão desenvolvido na Casa de Cultura Mario Quintana.

A terceira parte – A narrativa como denúncia – traz experiências grupais de pessoas afetadas por violências interseccionais e mostra alguns excertos da potência das narrativas como instrumentos de denúncia individual ou grupal.

Em uma quarta seção – Organizando e analisando as histórias – são apresentadas algumas ideias usadas para trabalhar com as narrativas: análises temáticas, análises das conversas dos/as falantes, composição de narrativas similares perfazendo um único texto, repertórios interpretativos na análise do discurso.

Em um último momento – Contar histórias: escrever para não morrer – apresento as palavras finais sobre o tema, fechando com a resenha de um filme.

O objetivo deste texto é apresentar o itinerário de pesquisas e grupos dispositivo que constituíram espaço para troca de histórias e narrativas de pessoas em situação de vulnerabilidade, referenciar alguns autores que trabalham com o tema incluindo o campo da ficção e apontar algumas técnicas para análise destes discursos, amarrando estes tópicos com a experiência da autora. A maioria dos textos apresentados é autoral; no início eu era uma positivista, escrevi certa vez, mas a partir da experiência da tese, me embrenhei em diversos estudos e pesquisas de recorte qualitativo que possibilitaram a emergência de narrativas de dor, de doença, de violências e de vida, algumas das quais trago aqui.

Narrativas: histórias de muitas vidas

No percurso da tese de doutorado estudei a relação entre agressividade em adolescentes e a presença de violência familiar, buscando entender o problema por meio de entrevistas com famílias que contaram suas histórias de vida (Meneghel, 1996). Falar de violência na família, na época, era um tema tabu e uma abordagem que gerava incômodo nas instituições contatadas para fazer parte da pesquisa, porém a despeito do temor institucional, as pessoas não tiveram restrições para narrar as suas vidas, havendo conversas longas, profundas, e relatos de violências, punições e maus-tratos.

A hipótese inicial do estudo era que a agressividade manifesta por adolescentes nas escolas, brigando e/ou agredindo colegas, professores e/ou funcionários, poderia indicar a existência de relações domésticas violentas entre os pais, ou entre pais e filhos. A pesquisa foi realizada em Porto Alegre e avaliou-se a presença de violência doméstica em famílias de dois grupos de adolescentes, considerados agressivos e não-agressivos pelos orientadores

de duas escolas: uma delas particular e religiosa, de classe média alta e a outra, pública, situada em bairro operário. As conversas foram realizadas nos domicílios, previamente agendadas, eram longas, incluíam o adolescente indicado pelo serviço de orientação educacional e ambos os pais entrevistados separadamente. Me conte sua vida, era o pedido inicial, e as pessoas relatavam a relação entre o casal e com os filhos, alguns falaram por mais de hora e, sem restrições ou timidez, relataram conflitos e desavenças familiares, punições físicas e violência familiar.

Considerando o caráter delicado do tema, todas as entrevistas foram feitas pela autora do trabalho, entrevistando pelo menos uma família por semana para ouvir e gravar as narrativas destas 213 pessoas que – incrivelmente – abriram as portas de suas residências e contaram suas vidas, compartilharam emoções, dores e segredos. O processo de produção de dados foi intenso e ao ouvir as narrativas de desencontros, violências e dores, percebi que "... se invadi estas pessoas fui, concomitantemente, invadida por elas e profundamente tocada pelas suas narrativas, que incluíram afetos, dores, paixões, angústias, segredos e mesmo violências" (Salem, 1979).

O interesse manteve-se até o fim, até a última família. No processo de buscar saber sobre a vida destas pessoas, ficou claro que não interessava o que a/o entrevistada/o fosse – médica/o, advogada/o ou juiz/a – no momento da entrevista a pessoa queria falar. O entrevistador - como um mensageiro, um anjo ou um comedor de pecados - ouve, isento de julgamentos e carrega consigo os problemas, propiciando algum alívio, mesmo que temporário. E também leva junto uma reflexão, uma dúvida, um insight, uma história, um pedaço de vida, um quebra-cabeças, escrevi sobre o processo de produção de dados, a escuta das histórias das famílias (Meneghel, 1996, p.108).

Dez anos passados, um retorno aos dados da tese, às famílias em pedaços, em um texto sobre histórias de vida, notas e reflexões de pesquisa (Meneghel, 2007) revisitei alguns temas e conversas que aconteceram durante o processo investigativo. Ao começar a jornada, eu havia dito: confesso que minhas fantasias

sempre são as de que as pessoas não falarão ou dirão apenas banalidades, mas a experiência tem desmentido estas ideias. Esta também é a preocupação de entrevistados que perguntam "Você gostou da minha vida?" ou indagam acerca da fidedignidade do processo de produção de dados, como na constatação abaixo, suscitada por uma questão de pesquisa (Meneghel, 1996, p. 107):

Olha, é engraçado. Na verdade, perguntas coisas bem pessoais. Já pensou se eu desse pau nele ia ter que te contar e é uma coisa horrorosa. Ou ia ter que mentir que também é uma coisa horrorosa. Eu tenho uma relação com uma pessoa que quer se desenvolver intelectualmente. Tu não ia me tirar pedaços. Ia fazer alguma pergunta indiscreta. Só que... eu não sei se tu consegues atingir além da casca da superficialidade. Se tu consegues ultrapassar a couraça das defesas...".

De qualquer maneira, as narrativas não garantem que se obtenha uma boa história, e é certo que nem sempre conseguimos "ultrapassar a casca da superficialidade e a couraça das defesas".

E então veio Walter Benjamin, com aquele texto lapidar, afirmando: alma, olho e mão agindo umas sobre as outras, definem uma prática, que já não nos é familiar. O papel da mão ficou mais modesto e o lugar que preenchia no ato de narrar ficou vazio. Pelo lado sensorial, narrar não é, de forma alguma, apenas obra da voz. No autêntico ato de narrar intervém a atividade da mão que, com os gestos apreendidos no trabalho, apoia de cem maneiras diferentes aquilo que se pronuncia. Aquela velha coordenação alma, olho e mão, é a coordenação artesanal que encontramos no habitat da arte de narrar (Benjamin, 1975, p.7). Porém, já não há mais narradores diz o escritor, o viajante que, ao retornar de uma aventura, conta suas peripécias, ou o artesão que domina a técnica da confecção de uma obra e narra aos iniciantes a sua expertise.

Ouvir narrativas é como colocar as mãos no lado sujo do trabalho de campo (Caldeira, 1980) e as narrativas têm sido amplamente utilizadas na construção de relatos autobiográficos por pessoas que tiveram as linhas argumentativas de suas vidas rompidas por traumas de guerra, abusos sexuais

ou doenças graves e que puderam reconstituir suas vidas através das narrações (Garay, Iñiguez, Martinez, 2005).

As narrativas podem ser um modo de dar voz aos silenciados da história. E através da voz, deixar aflorar a palavra, filha da memória e do poder. Para Certeau (2004, p. 84) as boas histórias não são inócuas, elas disparam resistências, entendidas como astúcias de caçadores, constituem repertórios de ações entre parceiros e se desdobram como o jogo no espaço do maravilhoso, permitindo reconhecer os discursos estratégicos do povo. Então esse tipo de narrativa permite que haja uma inversão das relações de força e, como as histórias de milagres, garantem ao oprimido a vitória num espaço utópico.

Ouvindo histórias de vida, ao querer intensamente ajudar os narradores a refazer as suas vidas e ressignificar as suas violências (mesmo às vezes de modo atabalhoado, ingênuo ou ineficaz) certamente refazemos e ressignificamos as nossas próprias histórias de vida. Nesses tantos anos ouvindo histórias aprendi a me tornar mais tolerante e a reconstruir junto com os meus entrevistados pedaços de minha própria história de vida.

Ouvindo, relendo e pensando nas histórias entendi que as histórias, tantas, as famílias inteiras e aos pedaços, os adolescentes machucados, tristes, marcados, as dores e também as alegrias, foram fermentando na cabeça e no coração da pesquisadora para torná-la outra pessoa. A constatação da universalidade dos temas, "a lágrima na pele branca, na pele escura", o cinto que corre, a culpa, os preconceitos do lado de lá, do lado de cá, as tramas, a impotência e o começar de novo, porque sem dúvida, chega-se à parede dos próprios limites. Limites que são o novo ponto de partida (Meneghel, 1996, p. 108).

Histórias e artes na produção da vida

História e artes na produção da vida (Meneghel, 2005) é uma pesquisa que iniciou com a ideia de narrar histórias em intervenções realizadas com

famílias, jovens e mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou violências. Estes encontros aconteciam em atividades grupais, mas também em espaços abertos e mesmo na rua. Nestas intervenções, muitas histórias que contamos se mesclaram com as histórias e narrativas dos e das participantes, buscando-se sempre uma construção coletiva, um diálogo. Trabalhando com pessoas vulneráveis e buscando histórias e narrativas para contar nos coletivos, foi-se elaborando a pesquisa, uma proposta na qual ouvimos e contamos histórias de saúde, doença, loucura, vulnerabilidades articulando os temas com literatura, poesia, música, cinema, artes e experiências pessoais. Houve situações em que as histórias que contamos não reverberaram nas pessoas que as ouviam, mas por outro lado, muitos foram os momentos de conexão grupal, de modo que as narrativas, histórias e experiências, por mais inusitadas que pudessem parecer, faziam sentido aos ouvintes.

No campo da saúde e da psicologia social, ocorreu uma revalorização das narrativas como dispositivos de agenciamento de significados, sabendo-se que qualquer experiência humana pode ser expressa como narrativa. Narrações estão incrustadas na sociedade, elas se entrecruzam e dialogam entre si, outorgando realidade ao mundo em que vivemos (Cabruja, Alves, Caprara, 2000) e as identidades pessoais, memórias, intenções, histórias de vida e das enfermidades são organizadas em padrões narrativos.

Histórias não acontecem simplesmente, são contadas, às vezes, o narrador é uma só pessoa, outras vezes a história é criada conjuntamente ou cooperativamente por um coro de vozes. De qualquer modo, cada história e cada palavra são polifônicas, seu significado é dado pelos incontáveis contextos onde apareceu antes, fato que Bakthin chamou de princípio dialógico do discurso (Ochs, 2003).

Pode-se afirmar que há narrador e um eu narrado, um eu que vai tecendo o discurso, traçando argumentos, urdindo a trama, construindo acontecimentos e criando significados. Narrar e contar são fatos intercambiáveis, daí a importância dada ao tecer do enredo na configuração narrativa, fazendo

com que o mundo seja sempre temporal. O tempo torna-se tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo (Ferreira, Grossi, 2004), ou seja, a narração imita a vida.

O grupo de contadores de histórias que organizamos partiu da ideia de atuar como uma companhia de atores que constrói um cenário onde as histórias são experimentadas, trocadas, rememoradas, produzidas e, mesmo, descartadas. A primeira etapa compreendeu a constituição da equipe como uma troupe de pesquisadores-contadores de histórias. Foi um tempo para os contadores se conhecerem, para as pessoas falarem sobre afetos e perspectivas vinculados ao trabalho e contarem pedaços de suas histórias de vida, explorar, testar e inventar roteiros, argumentos, materiais, estórias, que fizeram parte da montagem da caixa de ferramentas da companhia. Nesse processo, contamos as histórias dos nossos nomes, pesquisamos as origens de nossas famílias, buscando as histórias afro-brasileiras, indígenas e europeias em nossas genealogias, figuras míticas com as quais queríamos nos identificar. Depois fizemos máscaras de gesso, tentando buscar a persona, o distanciamento que a máscara possibilita e a vontade de encenar outras vidas, outras faces, outras histórias (Meneghel, 2014).

Então, bordamos um estandarte, uma bandeira dos contadores de histórias feita de sucatas, de restos, de cacos, como afirma Jeanne Gagnebin (2004), quando fala do narrador sucateiro, aquele que não deixa nada se perder. Desfiamos panos, assim como Arthur Bispo do Rosário e, sem medo da loucura, costuramos, bordamos e rebordamos o tecido. Então, achamos que estávamos prontos para o primeiro ato e saímos a campo (Meneghel, 2014). Ou, já estávamos no campo, como diz Spink (2003, p. 36), ao afirmar que não vamos ao campo, estamos nele nos localizando psicossocial e territorialmente próximos das múltiplas interseções e interfaces do campo-tema.

As oficinas de contadores de histórias possuem potência para a problematização de temas tabu que podem produzir temor, desconforto, desconfiança ou vergonha. Possibilitam o uso de figuras de linguagem,

metáforas, eufemismos e outros recursos linguísticos. Os diálogos travados nas oficinas constituem um corpus que pode ser lido como um texto narrativo em que, a partir de histórias que servem como gatilhos para a discussão de um tema, os falantes vão entabulando conversações (Connelly, Clandinin, 1995; Lira, Catrib, Nations, 2003; Meneghel, Iniguez, 2007).

Em uma atividade grupal de contação de histórias, campo de uma dissertação de mestrado (Lise, Meneghel, 2007) trabalhou-se com o tema da sexualidade com jovens, adolescentes integrantes do Programa Agente Jovem, na cidade de Porto Alegre, um programa vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, focado na população jovem e tendo como objetivos o desenvolvimento pessoal, social e comunitário. Na oficina de contos e narrativas, a primeira atividade foi a realização de uma técnica em que se lançavam palavras para serem usadas na construção de uma história coletiva. As palavras faziam alusão a aspectos relacionais e de gênero como, por exemplo, namorar, ficar, transar, engravidar, fazer sexo. Os adolescentes rapidamente incluíram essas palavras no enredo de histórias que iam sendo inventadas. Usamos histórias que problematizavam o uso do corpo, o cuidado com ele, o sexo como mecanismo de poder e subjugação, problematizando as condutas sexistas, homofóbicas e discriminatórias em relação ao modo generificado com que a sexualidade é exercida.

Ao analisar o processo grupal foi possível perceber que a intervenção produziu inquietações nos adolescentes. A ideia de usar estórias como disparadoras de discussões sobre sexo/sexualidade alavancou conversas que sequer tínhamos imaginado. Os adolescentes identificaram outros temas e se sentiram autorizados a contar outras histórias, como a das violências que fazem parte do cotidiano. Histórias contadas e produzidas coletivamente, contextualizadas em um mundo marcado por desigualdades de raça, gênero, idade e classe social (Lise, Meneghel, 2007).

Uma preocupação permanente no grupo de contadores de histórias versava sobre o tema, que narrativa escolher para contar aos ouvintes. Quais

narrativas poderiam produzir reflexão, mudança e mesmo prazer em serem ouvidas. Em uma intervenção grupal com mulheres que enfrentavam medidas socioeducativas determinadas pelo Conselho Tutelar de Porto Alegre e cujos filhos haviam fugido de casa, a narrativa foi a parábola do filho pródigo, aquele que vai embora mas um dia retorna. Nessa experiência percebemos que uma das características das narrativas universais, não importa quantas vezes a história foi contada e recontada, permanece nos ouvintes a fruição do prazer de ouvi-las, prazer que é compartilhado com a/o contador/a de histórias, quando as narrativas dão certo...

Era o primeiro encontro deste grupo de famílias: mulheres e filhos. Uma delas levanta e começa a contar sua história, voz embargada, emocionada e ao mesmo tempo alegre, pois o filho que havia fugido de casa e morado na rua havia voltado na noite anterior: ela não precisava mais do grupo. Algumas mães enxugavam as lágrimas discretamente, seus filhos não haviam voltado para casa. O que se poderia dizer àquelas mulheres? O que pode trazer consolo ao inconsolável? A ideia que brotou foi a parábola do Filho Pródigo, uma história de mil anos que assegura que o filho parte, mas um dia ele volta. E aquelas mães cujos filhos sumiram de casa ouviram emocionadas a história, certamente já conhecida por todas, mas que acenava para o consolo e para a esperança do regresso (Meneghel, 2022, p.7)

Enfim, grupos de contadores de histórias possibilitam experimentações, vivências singulares, trocas de afetos, conhecimentos, experiências e a colocar em prática a velha metodologia das narrativas orais. Como contadores de histórias experimentamos caminhos diversos, nos expusemos e apostamos nos hibridismos, nas bricolagens, na arte e no ritual. Os grupos de contadores de histórias permitiram a exploração de outras possibilidades para o trabalho que realizamos na fronteira entre a saúde coletiva, os estudos de gênero e a pesquisa intervenção. Enfim, contando e ouvindo histórias, descobrimos que as estórias são um dispositivo valioso para o enfrentamento coletivo de problemas e para denunciar violências, racismos e iniquidades (Meneghel, 2014).

As narrativas como denúncia

Em uma comunidade negra situada em região favelada da cidade de Porto Alegre, organizamos um grupo de mulheres em situação de violência, sediado em uma organização não governamental ligada ao movimento negro. As mulheres convidadas a participar mostravam-se completamente desmotivadas em relação às atividades propostas. Buscando caminhos, a inspiração foi contar a elas as histórias das orixás femininas, narrativa que mobilizou o grupo, permitiu aflorar o protagonismo das mulheres fazendo com que, a partir desse momento as orixás estivessem presentes entre nós, na história mítica, na interpretação coletiva da história, na confecção e pintura de máscaras e finalmente, em um ritual coletivo.

As histórias das orixás foram sendo contadas e recontadas, desconstruídas e reelaboradas no coletivo, e desta maneira, não éramos mais aqueles que sabem e que ensinam e, como na fala de Paulo Freire, as mulheres se apropriaram dos fatos e narrativas de sua própria cultura, usaram a voz e o poder do contador de histórias, colocando- se no lugar daquele(a) que sabe e conta uma história: a história de seu povo (Meneghel, Farina, Ramão, 2005; Ramão, Meneghel, Oliveira, 2005).

Além disso, ao vestir-se ritualmente para encarnar o papel de uma deusa, houve a ativação de uma linha de força, capaz de desterritorializar subjetividades historicamente subordinadas. As narrativas das orixás, as máscaras, as dramatizações e o ritual foram capazes de ativar o protagonismo das mulheres, que assumiram a religião africana e falaram com sua própria voz (Ramão, Meneghel, Oliveira, 2005; Meneghel, Farina, Ramão, 2005; Peirano, 2003).

Nos grupos dispositivo procuramos adotar uma posição política de compromisso com a transformação social, desejando ouvir as narrativas dos silenciados da história (Anjos, 2004; Thompson, 2002) e acolher as pessoas de modo irrestrito, proporcionando um espaço de escuta solidária e não julgadora. Desejávamos se possível, agenciar outras referências identitárias

e outros modos de subjetivação, para que cada falante no grupo, ao narrar a sua história e as violências que atravessaram sua vida, pudesse pensar na denúncia como um ato de coragem. Boltanski (2000) afirma que a denúncia de uma injustiça supõe a designação de um culpado ou de um responsável, que pode estar representado por uma sinédoque de abstração (o capitalismo, por exemplo) ou ser identificado e designado nominalmente. O denunciante precisa convencer outras pessoas, associá-las a seu protesto, mobilizá-las e, para isso, assegurar não somente que diz a verdade, mas também que essa verdade merece ser dita, e que a acusação individual ou coletiva, ao veredicto público, está à altura da injustiça denunciada (Oliveira, Meneghel, Bernardes, 2009).

A partir da constatação da importância da denúncia de uma violência, em uma pesquisa sobre o racismo percebido (Oliveira, Meneghel, Bernardes, 2009), as narrativas sobre a violência racial partilhadas no grupo dispositivo possibilitaram às mulheres identificarem o discurso que encobre o racismo, encararem sua existência, perceberem os efeitos que gera e legitimarem a necessidade de justiça. Segundo Boltanski (2000, p. 238), pode ser mais importante reabilitar uma vítima injustamente acusada, por meio da condenação moral de quem a prejudicou, do que qualquer sanção material ou legal. Esse fato foi percebido na fala das participantes, em que estava presente a necessidade de convocar o grupo a escutar a denúncia da violação de direitos e a tomar partido ante a injustiça cometida. Ficou patente neste e em outros grupos o quanto as narrativas são um dispositivo fundamental na ressignificação das histórias de vida e na produção de sentidos para situações de doença, de dor e de injustiça (Meneghel, Iñiguez, 2007).

Quando as mulheres se referiram aos modos que encontraram para enfrentar as discriminações raciais, elas falaram na primeira pessoa do singular; porém, na denúncia, o eu que fala é coletivo, é um eu que se torna nós quando encontra um ouvinte que se solidariza e se alia às lutas da população negra. Bairros (1995), ao falar que o pessoal é político, não quer dizer a primazia de um

sobre outro, mas a compreensão de que o pessoal pode se constituir em ponto de partida para a conexão entre politização e transformação da consciência.

Além da denúncia, observamos em vários coletivos, que ao mesmo tempo em que o grupo oferece um espaço para as narrativas sobre as violências raciais, de gênero e de classe, há também um espaço para brincar, fazer jogos de palavras e de humor.

Organizando e analisando histórias

Antes de conversar acerca do processo de análise das conversas, gostaria de pontuar o momento da escolha, busca e aproximação com os informantes-chave, estas pessoas que nos ofertam generosamente as narrativas de suas vidas. Thompson (2002) faz algumas recomendações úteis para o/a entrevistador/a e os/as orienta a conhecer a vida, o trabalho, o território do entrevistado, dados que irão nortear a conversa, as perguntas que faremos e o interesse que demonstramos ao narrador. Outro aspecto prático é testar o roteiro da entrevista com atores, se possível, semelhantes aos entrevistados. Além disso, diz ele que costuma levar algum material motivador da conversa, que pode ser fotografias ou jornais de época ou até mesmo algum instrumento de trabalho, como velhas lanternas usadas por mineiros, em um trabalho no qual entrevistou líderes sindicais do movimento operário da região mineira da Inglaterra. Não tente convencer o seu entrevistado acerca de suas convicções políticas ou sociais, você não está lá para isso, continua Paul Thomson, lembre-se que o falante é o entrevistado, e "mesmo os pesquisadores muito tagarelas podem se tornar bons entrevistadores".

Após finalizar o processo de narrar e/ou ouvir as histórias e buscar entender os efeitos que elas produzem, inicia o processo analítico considerado a parte mais complexa da pesquisa qualitativa. Várias são as possibilidades de analisar o material produzido após a organização dos registros. Um dos processos mais usados é a análise temática ou de conteúdo, na qual se apresentam os principais temas que foram mencionados pelos narradores. Outras análises podem incluir a redação de várias narrativas conjuntamente,

quer seja uma ou várias histórias de vida ou mesmo a organização do(s) tema(s) abordado(s) em uma única história, composta pelos excertos das falas e dos depoimentos de vários atores ouvidos. Outro referencial é a dos estudos sobre o discurso, que por sua vez possui vários matizes: as práticas discursivas, uma aproximação aos estudos de Michel Foucault; a análise dos discursos em uma abordagem marxista, como propõe Van Dick (2000) ao abordar temas como racismo, patriarcado e luta de classes; o estudo dos repertórios interpretativos de Wheterell e Pottter 1996) e a reprodução dos diálogos produzidos por umvários falantes durante a verbalização da(s) narrativa(s).

Na oficina de histórias realizada com adolescentes (Lise, Meneghel, 2007, p. 76), a análise foi realizada a partir dos diálogos encetados entre os jovens (com nomes fictícios, escolhidos por eles) e o pesquisador que atuou como facilitador nos encontros de contação de histórias:

Barth: Beijo na boca eu gosto, é coisa do passado. [Todos riem].

Pesquisador: Então continua...

Clark: Agora a onda é namorar pelado.

Pesquisador: Pessoal, conversem comigo um pouco! Vocês não gostaram da brincadeira, é isto? Digam o que vocês gostam?

Dhiana: Namorar!

Clark: Vuco-vuco e dança da vassoura!

Pesquisador: Mas então vamos falar sobre isto... [Várias pessoas falam ao mesmo tempo].

Dhiana: Eu nem sei nada sobre isto.

Pesquisador: É bom conversar sobre o assunto! Porque sempre aprendemos algo sobre ele, não é?

Peter: Ai professor! Deixa quem não quer!

Falar sobre sexo nos ambientes escolares e nos estabelecimentos de saúde geralmente aborda um sexo medicalizado, higiênico, natural, que cumpre a função social de reprodução da espécie. Porém, os jovens romperam a interdição usando a ironia, as gírias e a transgressão, como um recurso de resistência

aos discursos disciplinarizadores e moralistas. Usaram gírias como vuco-vuco para se referir ao ato sexual, porém, utilizando implicaturas conversacionais, que pressupõe um recuo estratégico, quando o tema é perigoso ou proibido. Segundo Levinson (1989) as implicaturas conversacionais são inferências que os falantes realizam a partir de um enunciado, podendo retirá-las ou amenizar o seu caráter se for julgado conveniente. Desse modo, conversaram sobre sexo, prazer, preferências sexuais, mas quando o pesquisador queria saber mais, eles se inibiam e negavam conhecer ou se interessar sobre o assunto: eu nem sei nada sobre isto [sexo] voltando atrás, possivelmente ainda desconfiados com o que poderíamos estar querendo com a proposta das oficinas e pedindo que não insistíssemos: Ai professor. Deixa quem não quer!

Outra maneira de trabalhar com as narrativas é organizar os temas mencionados nas falas ou depoimentos produzidos por vários falantes, como se fosse uma única história ou narrativa. Esse estratagema é poderoso principalmente quando há muitos narradores e as conversas são perpassadas por experiências similares. Na pesquisa sobre ideação suicida em mulheres idosas nas cinco macrorregiões brasileiras, descrita a seguir, usou-se este tipo de análise.

A pesquisa qualitativa sobre ideação e tentativas de suicídio foi desenvolvida em 12 municípios brasileiros com elevadas taxas de suicídio. As informações foram produzidas em entrevistas semiestruturadas com 32 mulheres idosas com história de tentativa de suicídio. A análise constatou desigualdades e violências de gênero ao longo do ciclo vital de 27 idosas. Optou-se por não identificar as depoentes, construindo-se uma só história a partir de eventos similares presentes nas vidas de todas elas. As desigualdades iniciam na infância com a educação diferenciada de gênero; seguem na juventude, com a iniciação sexual, o casamento e a maternidade; continuam na vida adulta por meio da violência perpetrada por parceiro íntimo e/ou outros familiares e culminam com uma velhice destituída de autonomia em que há perda de laços, de bens e de referências. Essas vidas atravessadas por violências produzem sentimentos de vazio e inutilidade, e fazem com que

muitas idosas percebam a morte como a única saída (Meneghel, Moura, Hesler, Gutierrez, 2015).

Este mesmo processo foi usado em uma pesquisa com informantes chave realizada em Santa Cruz do Sul, buscando entender os determinantes de altas taxas de suicídio no município e em regiões colonizadas por alemães. Estudo de caso social, cujas informações foram produzidas com base em narrativas de 14 informantes-chave, pertencentes aos campos da saúde, agricultura, justiça, segurança pública, comunicação social e educação. Os determinantes atribuídos pelos informantes ao suicídio incluíram: a cultura germânica, a ética protestante e o sofrimento no trabalho que afeta agricultores que trabalham com o fumo em regime de pequena propriedade familiar. As narrativas foram agrupadas como uma só história, compondo um texto único, elaborado com base nas conversas, mas apresentado como se fosse uma única voz, como se tratasse da fala de apenas um narrador. Esse cuidado foi realizado para não identificar os informantes-chave e para potencializar as informações produzidas, na medida em que foram sendo acrescentadas a cada tema as várias perspectivas manifestas (Meneghel, Moura, 2018). Abaixo, um exemplo da composição dos discursos de diferentes informantes em um único texto:

[...] a vida no campo deixou de ser aquela em que se produzia e se tinha tempo e autonomia. Cada vez mais, há interferências na vida do homem do campo e hoje o meio rural está pautado pelo urbano. Os agricultores não têm mais uma renda considerável, o pagamento é anual, se eles perdem a safra ficam sem nada. Têm famílias que se dedicam totalmente para uma cultura que não produz comida [o fumo] e se há perda, não resta nada. Eles trabalham o ano inteiro para vender a safra do fumo e garantir o sustento no ano seguinte. Se perdem, como nos anos em que há uma catástrofe, uma estiagem ou temporais, neste ano acontecem três, quatro ou mais suicídios... (Meneghel e Moura, 2018, p.1140).

Outra abordagem analítica pauta-se nas práticas discursivas, que entendem a linguagem como um instrumento de realização de ações

constituindo um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos em relação ao cotidiano e aos fatos sociais (Spink, 2004; Meneghel, Iñiguez, 2007). Após a transcrição dos diálogos grupais é possível elaborar esquemas (Spink, 2004; Bernardes, 2004), que permitem identificar os repertórios interpretativos usados pelas pessoas nas conversas do cotidiano, constituídos por vocábulos, expressões e figuras de linguagem, assim como a posição de cada um dos falantes e a interação que ocorre nos diálogos, buscando padrões ou organizações recorrentes (Wheterell, Potter, 1996). Os repertórios permitem visualizar como os falantes confrontam-se nas conversações e como definem planos por meio da colocação estratégica de temas de conversação. Na análise dos repertórios, observa-se a presença de deíticos, elementos gramaticais que sinalizam a conversa, indicando a posição do falante no discurso e situações espaço-temporais, assim como as contradições que atravessam os repertórios e os enunciados dos falantes, mostrando hesitações, palavras refeitas, frases inacabadas ou superpostas, negações que se tornam afirmações em outros momentos das falas (Parker, 1992).

Na pesquisa de Maria Luiza Oliveira (Oliveira, Meneghel, Bernardes, 2009) as mulheres utilizaram vários repertórios: o da denúncia do racismo e da discriminação racial, o dos efeitos do racismo em relação às identidades e subjetividades e, entremeadas aos demais, as estratégias que elas utilizam para enfrentar a discriminação racial. As mulheres, que no estudo foram identificadas com o nome de militantes negras, ironizaram o estereótipo que lhes atribui o silêncio e o espaço da cozinha como o suposto lugar das negras:

Lélia Gonzáles: Eu acho que pela minha característica eu fui discriminada porque se eu ficasse quietinha lá no canto...

Carolina de Jesus: Ah! Não... l

Luiza Mahin: Ah! Com certeza se tu ficasses na sombra, tu não ia incomodar tanto, entre aspas, certas pessoas.

Pesquisadora: Acho que o que a Lélia tá dizendo é que a gente tem uma espécie de lugar determinado socialmente pra ocupar...

Rita Maria: na cozinha.

Pesquisadora: que é o que as pessoas esperam.

Luiza Mahin: da mulher, principalmente.

Ibañez e Iñiguez, (2002) salientam a importância da ironia como um recurso que questiona e solapa os discursos dominantes, ou seja, como se constitui em recurso de resistência usado pelas classes populares e pelos alijados do poder.

Finalmente, na análise das narrativas não se pode esquecer a importância do Diário de Campo, registros produzidos imediatamente após as visitas, conversas ou observações que podem incluir fotos, mensagens, desenhos, croquis, dentre outros materiais, imprescindíveis no momento posterior de análise das entrevistas, registrando sutilezas que apenas a transcrição da entrevista não dá conta, como a expressão de emoções (Oliveira, 2014) assim como, as contradições entre a entrevista enunciada e o cenário observado.

Na pesquisa Famílias em pedaços, as entrevistas foram feitas nos domicílios e anotações registradas no diário de campo sobre as moradias complementaram a percepção da pesquisadora acerca das famílias, ajudando a entender melhor a agressividade manifesta de adolescentes que viviam em condições de precariedade não apenas material, mas emocional. O diário mostrou que as famílias despedaçadas podem se tornar famílias em pedaços, e que os pedaços podem ser recompostos colando as partes e criando novas configurações:

Na casa havia pilhas de louça para lavar, cortina esfrangalhada separando as duas peças. Na peça da frente, cacos, de coisas, de uma bicicleta. Na outra, cozinha e quarto juntos. Copos, restos de comida pelo chão, embaixo da poltrona em que me sentei. A cama de casal, partilhada pela mãe e filho adolescente, ainda por fazer. Tudo rasgado, aos pedaços. Famílias despedaçadas ou famílias em pedaços?".

Contar histórias, escrever para não morrer

Nesta ultima seção utilizo o questionamento e os conselhos de Rainier Maria Rilke (2006) no livro Cartas a um jovem poeta, ao perguntar a um rapaz que lhe escrevia pedindo-lhe ajuda porque desejava ser escritor: Você morreria se lhe fosse vedado escrever? Então: morreríamos se nos fosse vedado escrever?

Escrever para não morrer. Escrever por necessidade, por um desejo e, talvez, um prazer tão intenso que é capaz de produzir dor. Rilke, respondendo a pergunta do jovem, coloca algumas recomendações necessárias para quem deseja ser um escritor/a. A primeira delas é a necessidade de buscar a solidão interior. Embora, cada vez mais na sociedade pós moderna em que (sobre) vivemos não conseguimos ficar sozinhos. A segunda questão apontada pelo poeta é a de evitar falar sobre nossas paixões e relações amorosas. Não escreva poesias de amor!, disse ele ao jovem aprendiz, indicando-lhe para se afastar dos temas banais e mais explorados, do sentimentalismo raso, dos chavões desbotados. O que restaria então? Não há senão um caminho. Procure entrar em si mesmo e entender o motivo que o leva a escrever (...) e, seja absolutamente sincero com seus sentimentos por mais difícil ou doloroso que isso possa parecer, é o conselho do poeta.

Deve-se considerar, que mesmo ao lado do sofrimento e da angústia produzida em períodos de bloqueio, quando o/a escritor/a sente-se paralisado e incapaz de produzir uma só linha, a escrita, autoral, criativa, imagética, vivida, autobiográfica, capaz de produzir sentidos, é capaz de produzir prazer e completude (Meneghel, 2021). Aproveito a escrita do posfácio de um livro de histórias e narrativas (a gente aproveita tudo, como afirmava Umberto Eco, e não só para escrever uma tese!) para falar de grupo virtual organizado durante a epidemia de Covid no qual os/as participantes narraram suas vidas, escreveram cartas, ressuscitaram diários esquecidos na gaveta, rememoraram alegrias e tristezas, construíram port-fólios e outras artes, em uma verdadeira ferraria de histórias, em que o "narrador sucateiro" (Gagnebin, 2006) foi o

protagonista, mostrando que tudo se aproveita, nada é desprezado, nada é descartado, mesmo os elementos inferiores, vergonhosos e escondidos (Meneghel, Gomes, Meneghetti, Silveira, Ribeiro, 2020).

Walter Benjamin denuncia a decadência da narrativa e explica o caráter irremediável deste processo que findou com uma época, quando a atividade manual e artesanal do fiar, tecer, debulhar, fazia com que o ouvinte, imerso no trabalho, se esquecesse de si mesmo enquanto ouvia a história. Só desta maneira, esquecendo-se de si mesmo, é que a história contada e recontada acaba sendo incorporada, de tal maneira, que o ouvinte se torna um narrador.

Para Walter Benjamin, as histórias têm sempre uma dimensão utilitária, um ensinamento moral, uma sugestão prática, um provérbio ou uma norma de vida e, assim, o narrador é um homem que sabe dar conselhos. Porém, esta habilidade perdeu o status na atualidade, embora seja praticada por charlatães, vigaristas, pastores trambiqueiros e pregadores de feira, dentre outros de "colarinho branco", que utilizam o "dar conselhos" de uma maneira manipuladora. Porque para Benjamin (p.200), "aconselhar é menos responder a uma pergunta que fazer uma sugestão sobre a continuação da história que esta sendo narrada". O que no olhar de Jeanne Gagnebin (1985, p. 11) significa "a inserção do narrador e do ouvinte dentro de um fluxo narrativo comum e vivo, já que a história continua e está aberta a novas propostas e ao fazer junto". Sim, as histórias estarão sempre abertas a novas propostas, ao fazer junto e à magia de alavancar transformações no (s) próprios narradores e ouvintes.

E... ainda um filme para fechar o texto

Dentre tantas narrativas cinematográficas que podem ser citadas, vou finalizar esta escrita com tantos tons autobiográficos (tudo é autobiográfico, ouso afirmar) com o filme Drive my car (2024). Drive my car mescla múltiplas narrativas, a dos atores entre si no tempo passado e no tempo presente, a dos atores conversando com tio Vânia e com os demais personagens de Chekhov, as histórias em tempo real e em tempo dos sonhos. Narrativas estranhas, noturnas, oníricas emergem nos sonhos da mulher que as relata ao companheiro, depois que fazem amor.

O ator principal ensaia e encena a peça de Chekhov (2009). Cotidianamente, ele ouve os diálogos da peça em uma fita gravada pela sua mulher já morta, na qual há espaço de silêncio para as falas de tio Vânia. Ele ouve os diálogos enquanto dirige seu antigo automóvel vermelho, fora de moda, como se estivesse acenando para um outro tempo.

Os diálogos da peça são fortes e tocam profundamente a alma e o intelecto. Assim, ao recitar as falas elaboradas na peça teatral criada por Checkhov, o ator sente que os diálogos vão sendo incorporados como se fossem seus, como se ele os tivesse criado. "Quando você fala as frases de Chekhov é como se você falasse de sua própria vida", ele declara, de modo que encenar uma peça de Checkhov, é como performatizar a própria vida.

Simbólica é troupe que realiza a montagem da peça composta por atores e atrizes diversos, de várias origens, nacionalidades, línguas, idades e limitações físicas. O papel de Sonia, a sobrinha de tio Vânia, é encenado por uma atriz muda, que, mesmo sem falar, usando a linguagem dos símbolos, comunica com intensidade a mensagem final, aos que vierem depois de nós:

O que se pode fazer tio Vania? Nós viveremos, tio Vania. Viveremos a longa, interminável sequência de dias e noites tediosos. Tio Vania, você está chorando, você não conheceu a alegria. Mas, espere: agora vamos aceitar com toda a paciência as provações que o destino nos impuser. Trabalharemos e mesmo quando formos velhos, jamais descansaremos. E quando chegar a nossa hora, aceitaremos a morte com resignação. Conheceremos uma vida luminosa, feliz e harmoniosa. Teremos então a plenitude e olharemos a nossa infelicidade de hoje, com um sorriso de ternura e aí então descansaremos. Descansaremos.

Referências

ALVES, P.C.; RABELO, M. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ANJOS, J.C. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.;

SANSONE, I. (Orgs.), Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 97-119.

BAIRROS, L. Nossos feminismos revisitados. Revista Estudos Feministas v.3, n.2, p. 458-463, 1995.

BOLTANSKI, L. El amor y la justicia como competencias. Tres ensayos de sociología de la acción. Buenos aires: Amorrortu Eds, 2000.

BROCKMEIER J, HARRÉ R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. Psicologia Reflexão e Crítica, v.16, p. 525-35, 2003.

BENJAMIN W. O Narrador. In: Walter Benjamin; Max Horkheimer & Theodor Adorno. Textos escolhidos. São Paulo: Editora Abril Cultural (Coleção Os Pensadores), 1975.

CALDEIRA, T. Uma incursão pelo lado não respeitável do trabalho de campo. Rio de Janeiro: IV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), 1980. 26p. mimeo

CABRUJA, T.; IÑIGUEZ, L.; VÁSQUEZ, F. Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. Anàlisis. Ciudad de Mexico. v.25, p.61-94, 2000.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de crianças com epidermólise bolhosa congênita. Interface Comun Saúde Educ, v.9, p.131-46, 2004.

CERTEAU, M . A invenção do cotidiano 1: Artes do fazer. 10a ed. Petrópolis: Vozes. 2004.

CHEKHOV, A. Jardim das Cerejeiras/Tio Vania. Porto Alegre: LPM, 2009.

CONNELLY, M.; CLANDININ, J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: LARROSA, J. (Org.). Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación Barcelona: Editorial Laertes, 1995. p 11-59.

COUTINHO, E. Jogo de Cena. Documentário. Matizar Filmes, 2007.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, ano 10 , n.1, 2002. p.171-188.

GARAY, A.; IÑIGUEZ, L.; MARTINEZ, L. La perspectiva discursiva en psicología social. Disponível em: http://www. antalya.uab.es/liniguez/materiales/perspetiva %20DISCURSIVA. PDF (ACESSADO EM MAI/2005

GAGNEBIN, J. Memória, história, testemunho. in: Bresciani, S. (Org.) Memória e (res) sentimento – indagações sobre uma questão sensível. Campinas: Ed. Unicamp, 2004. p. 85-94.

GAGNEBIN, J. Lembrar, escrever, esquecer. São Paulo, Ed 34, 2006.

GAGNEBIN J. Prefácio. Walter Benjamim ou a história aberta. In: BENJAMIN, Walter. Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura, arte e política. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1985, p. 7-20.

HAMAGUCHI, H. Drive my car. Bitters End, 2024.

IBAÑEZ.; T, IÑIGUEZ, L. Telling stories about storytellers. Athenea Digital, UAB, v1, p. 64, 2002.

LEVINSON, S. Pragmática. Barcelona: Teide, 1989.

LIRA, G.V.; CATRIB, A.M.F.; NATIONS, M. A Narrativa na Pesquisa Social em Saúde Perspectiva e Método. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, v.16, n. (1/2), p. 59-66, 2003.

LISE, F.; MENEGHEL, S.N. Contadores de histórias – oficinas sobre sexualidade com adolescentes. Quaderns de Psicologia, UAB, v. 14, n.1, p. 71-82, 2012.

MENEGHEL, S.N. Famílias em Pedaços - Um Estudo Sobre Violência Doméstica e Agressividade na Adolescência. [Tese de Doutoramento apresentada ao PPG Medicina/ UFRGS] Porto Alegre: UFRGS, 1996.

MENEGHEL, S.N. ET AL. Cotidiano violento - oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. Ciênc Saúde Colet ABRASCO, v.5, n.1, p. 193- 203, 2000.

MENEGHEL, S.; FARINA, O.; RAMÃO, S.R. Histórias de resistência de mulheres negras. Revista Estudos Feministas UFSC, v.13, n.3, p. 567-583, 2005.

MENEGHEL, S.N. Histórias de vida: notas e reflexões de pesquisa. Athenea digital, UAB, v.12, p.115-129, 2007.

MENEGHEL, S.N. Jogo de cena – Mulheres contam suas histórias de vida. IHU online. Ed 255. 22.04.2008. Disponível em: https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/1733-filme-da-semana-29 (Acesso 30.07.2025)

MENEGHEL, S.N. Contadores de histórias: uma experiência de grupos de mulheres. Athenea Digital. UAB, v.14, n.4, p. 113-28, 2014.

MENEGHEL, S.N.; MOURA.; HESLER, L.Z.; GUTIERREZ, D.M.D. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. Ciênc Saúde Coletiva, ABRASCO,v.20, n. 6, p. 1721–30, 2015.

MENEGHEL, S.N.; MOURA. Suicide, culture and work in a German-colonized municipality in the South of Brazil. Interface (Botucatu). v. 22, n. 67, p.1135-46, 2018.

MENEGHEL, S.N. et al. Antimanual para enfrentar a Covid-19. Falando de medos, angústias e violências. Porto Alegre: Ed.Rede Unida, 2020.

MENEGHEL, S.N. Posfacio. In: Machado, F. (Org). Literatura e saúde pública (vol. 2). Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2021.p. 205-215.

MENEGHEL, S.N. Contar histórias: experiências e memórias. Rev. Bras. Educ. Med. ABEM, v. 46, n.1, 2022.

OCHS, E. Narrativa. In: VAN DJIK, T.A. (Org.) El discurso como estructura y proceso: estudios sobre discurso I. Barcelona: Gedisa Editorial, 2003. p. 271-304.

OLIVEIRA, M.L.P.; MENEGHEL, S.N.; BERNARDES, J.S. Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. Psicologia & Sociedade, ABPS, v.21, n.2, p. 266-274, 2009.

OLIVEIRA, R.D.C.M. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na abordagem (auto)biográfica. Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos, v2, n.4, p. 69-87, 2014.

PEIRANO, M. Rituais - ontem e hoje. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

RAMÃO, S.R.; MENEGHEL, S.N.; OLIVEIRA, C. Nos caminhos de Iansã – cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. Psicol. Soc., ABPS, v.17, n.2, p. 79-87, 2005.

RILKE, R.M. Cartas a um jovem poeta. Porto Alegre: Editora LPM, 2006.

SALEM, T. Entrevistando famílias: notas sobre o trabalho de campo. In: NUNES, E. (Ed.) A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p. 47-64.

SPINK, M.J. (Org.), Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M.J. Pesquisa de campo em psicologia social. Uma perspectiva pos-construcionista. Psicologia & Sociedade, ABPS v.15, n.2, p.18-42, 2003.

THOMPSON, P. A voz do passado – história oral. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VAN DIJK, T. El discurso como estructura y proceso. Barcelona: Gedisa, 2000.

WETHERELL, M.; POTTER, J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. In: GORDO, A. J.; LINAZA J.I. (Orgs.), Psicologias, discursos y poder Madrid: Visor, 1996. p. 63-78.

Capítulo 2

Construcionismo Social, Narrativas e Saúde Coletiva

Roger Flores Ceccon
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Lupicínio Iñiguez Rueda

Mais que qualquer outra coisa, o mundo teme novas experiências. Porque uma nova experiência desloca experiências antigas. E é como tentar usar músculos que talvez nunca tenham sido usados, ou que foram se enrijecendo ao longo do tempo. A dor é terrível. O mundo não teme uma ideia nova. Ele é capaz de classificar toda e qualquer ideia. É incapaz, porém, de classificar uma experiência realmente nova. Só consegue esquivar-ser. O mundo é um mestre em esquiva.

D.H. Lawrence

Primeiras palavras

Há algo de vertiginoso no ato de narrar. As histórias não apenas recordam o passado, mas criam frestas por onde o novo irrompe, desestabiliza certezas e convoca outros modos de existir. O que Lawrence, em epígrafe, nos

lembra, é que a experiência viva, que não cabe em conceitos prontos, que não se deixa aprisionar em classificações, tem o poder de reinventar mundos. Na saúde coletiva, essa potência se manifesta quando uma voz silenciada encontra espaço para dizer de si, quando uma narrativa rompe o silêncio técnico e abre brechas para outras formas de cuidado. O construcionismo social nos ensina que não há realidade fora das tramas da linguagem que tecemos, e cada narrativa, ao ganhar corpo, é também uma experiência inaugural, um gesto de criação. É nesse entrelaçamento de palavras e vidas que a saúde deixa de ser apenas diagnóstico ou protocolo e se torna território partilhado, sempre inacabado, por inventar.

Se o mundo teme novas experiências porque elas desestabilizam hábitos, a saúde coletiva também enfrenta esse embate, pois acolher narrativas singulares de adoecimento e cuidado implica tencionar categorias estabelecidas, como *risco*, *adesão* e *normalidade*, e abrir-se ao inédito que emerge no encontro com o outro. A partir do construcionismo social, argumenta-se que o conhecimento não descreve uma realidade pré-estabelecida, mas o constrói nas interações, e que, por isso, toda nova experiência narrada é também um gesto de invenção de mundo. Narrar, nesse contexto, é mais do que relatar, mas exercitar músculos que, muitas vezes, estavam atrofiados pelo peso da tradição biomédica, abrindo espaço para outras maneiras de compreender e praticar o cuidado, como nos apregoa a saúde coletiva.

O campo da saúde coletiva surgiu no Brasil, na década de 1970, como um movimento ético, político e crítico ao modelo biomédico centrado no hospital, na doença e no indivíduo. Sua constituição como disciplina acadêmica e prática social foi marcada pela incorporação das ciências humanas e sociais, pela problematização dos determinantes sociais da saúde e pela defesa de um conceito ampliado de cuidado (Paim, 2018). Nesse mesmo período, em outros contextos, despontava uma virada epistemológica que igualmente desafiava os fundamentos da ciência moderna: o construcionismo social (Gergen, 1985; Ibáñez, 1994). Se a saúde coletiva se propõe a desconstruir naturalizações

do biológico e inscrever o processo saúde-doença na dimensão social, o construcionismo social sustenta que todo conhecimento é produto histórico, linguístico e relacional (Spink, 2004; Iñiguez-Rueda, 2005). A intersecção entre essas duas perspectivas constitui, assim, um campo fértil de reflexão e prática, capaz de renovar o debate teórico-metodológico e ampliar as possibilidades de intervenção em saúde.

Nesse contexto, as narrativas se configuram como um dispositivo privilegiado para compreender os processos de saúde-doença-cuidado, não apenas enquanto relatos de experiências individuais, mas como práticas sociais produtoras de mundos (Onocko Campos, 2005; Ceccon et al., 2022). Ao deslocar o foco do indivíduo isolado para os processos de interação e negociação de sentidos, o construcionismo social oferece base epistemológica para compreender as narrativas como práticas discursivas que organizam a experiência, produzem identidades e configuram relações de poder (Spink, 2004; Iñiguez-Rueda, 2005).

Entretanto, ainda existem lacunas na articulação consistente entre teoria, metodologia e prática, especialmente quando se busca interseccionar construcionismo social, narrativas e saúde coletiva em uma perspectiva crítica. Essa aproximação, contudo, possui potencial para renovar epistemologicamente o campo, fortalecer metodologias participativas e ampliar a potência política e clínica da saúde coletiva.

Assim, este texto explora pontos de encontros conceituais e epistemológicos entre as narrativas e o construcionismo social no campo da Saúde Coletiva, partindo da compreensão de que as histórias de adoecimento, sofrimento e cuidado não são apenas expressões subjetivas, mas também formas de resistência e de luta por reconhecimento nos espaços institucionais e sociais em saúde. Acreditamos que essa perspectiva possa contribuir para a produção de saberes e práticas mais sensíveis às experiências e à pluralidade dos sujeitos.

Construcionismo Social: crítica epistemológica, linguagem e produção de realidades

Pensar o construcionismo social é adentrar em um campo de disputa epistemológica que questiona a naturalização do conhecimento, da ciência e da própria realidade. Trata-se de uma perspectiva que ultrapassa o exercício teórico e configura-se como uma virada ontológica e política: ao mesmo tempo em que desestabiliza os fundamentos da racionalidade moderna, abre espaço para múltiplas formas de produção de sentidos (Ibáñez, 1994; Burr, 2015).

O plano de emergência do construcionismo social ocorre como contraponto à tradição positivista que predominou nas ciências sociais e humanas ao longo do século XX. Em oposição à ideia de que o conhecimento seria um espelho da realidade, Kenneth Gergen e outros autores propõem que o saber é produto histórico, interacional e situado. Essa inflexão epistemológica implica abandonar a crença em uma verdade universal e adotar uma postura relacional, segundo a qual as práticas discursivas não apenas descrevem, mas o constroem continuamente (Iñiguez-Rueda, 2005; Gergen, 2015).

Nos anos 1980 e 1990, se consolida como movimento internacional, problematizando a ciência tradicional e demostrando que a objetividade, a neutralidade e a universalidade do conhecimento são, na realidade, efeitos de práticas discursivas e de relações de poder. Nesse contexto, multiplicaram-se análises que aproximaram o construcionismo da vida cotidiana, das práticas institucionais e dos modos de subjetivação, tensionando as fronteiras entre teoria e intervenção social (Spink, 2010).

Assim, a história do construcionismo social pode ser compreendida não como o surgimento de uma nova teoria unificada, mas como um movimento heterogêneo, plural e crítico, que problematiza os fundamentos do conhecimento moderno e propõe outras formas de compreender os efeitos da hierarquização, idealização e produção das relações institucionais, sociais e econômicas. Trata-se de um campo que valoriza a multiplicidade de vozes, a contingência histórica e

a centralidade da linguagem na construção da realidade, constituindo-se como uma referência para diferentes áreas das ciências sociais e humanas, incluindo a saúde coletiva (Gergen, 2015; Burr, 2015).

O construcionismo social interesse-se em mostrar que as verdades são produzidas em contextos específicos e exercem efeitos concretos sobre a vida das pessoas. Assim, ao analisar discursos e práticas, torna-se possível revelar as forças que sustentam determinadas narrativas e deslegitimam outras, desestabilizando hierarquias e abrindo espaço para outras possibilidades de existência (Ibáñez, 1994; Spink, 2004).

Em *Toward Transformation in Social Knowledge* (1982), Kenneth Gergen apresenta uma crítica à psicologia tradicional, caracterizada pelo individualismo metodológico e pela crença em categorias universais. Para o autor, conceitos como personalidade, inteligência ou motivação não descrevem entidades fixas, mas constituem construções narrativas que adquirem sentido em contextos sociais específicos. A linguagem, nesse quadro, não é um simples meio de transmissão de informações, mas uma prática relacional: falar sobre o mundo é, ao mesmo tempo, agir e intervir nele. Assim, quando um psicólogo diagnostica alguém com "depressão", não apenas identifica um estado interno, mas insere o sujeito em uma rede de significados, expectativas e práticas de cuidado, geralmente atribuindo o valor de "tratamento". Desse modo, a psicologia, assim como as ciências sociais, não apenas descreve a realidade, mas participa ativamente de sua produção (Gergen, 1994).

Convém destacar que em 1985, Gergen publicou o texto "*O Movimento Construcionista Social na Psicologia Moderna*" no *American Psychologist*, que se tornou um clássico e referência fundamental para compreender e introduzir a abordagem construcionista na psicologia moderna, consolidando sua importância na reflexão sobre os fundamentos do conhecimento psicológico (Spink, 2010). Essa crítica implica repensar a própria noção de *verdade científica*. Para Gergen, não há uma linguagem neutra capaz de capturar a realidade tal como ela é. O conhecimento está sempre situado e inscrito em tradições

discursivas, e sua validade deve ser medida não pela correspondência com o real, mas pelos efeitos que produz nas relações sociais. Tal perspectiva desloca a ciência de um lugar de autoridade absoluta para um espaço de diálogo ético e político (Cordeiro et al., 2023).

Tomás Ibáñez é uma das vozes mais influentes no desenvolvimento do construcionismo social na Europa. Inspirado em Michel Foucault, enfatiza que todo conhecimento é inseparável das relações de poder. Ao classificar, nomear e diagnosticar, a ciência não apenas descreve o mundo, mas também exerce controle, organiza populações e institui normalidades. Nesse sentido, ela não é mera representação da realidade, e sim uma prática social com efeitos materiais. Ao definir, por exemplo, quem é "doente mental" ou quem pertence a "grupos de risco", o saber científico participa ativamente da gestão da vida. Essa concepção amplia o alcance político do construcionismo, pois, se todo ato de conhecimento produz efeitos, torna-se fundamental questionar quem tem o poder de enunciar, quais vozes são silenciadas e que alternativas são possíveis (Cordeiro et al., 2023).

Sua abordagem evidencia as instituições, como escolas, hospitais e sistemas jurídicos, como espaços nos quais discursos se concretizam em práticas efetivas de controle. O construcionismo, nesse sentido, também funciona como uma ferramenta crítica, capaz de questionar a naturalização dos regimes de verdade que estruturam as sociedades modernas.

Mary Jane Spink é uma das principais responsáveis pela difusão do construcionismo social no Brasil, especialmente no campo da psicologia social. Sua contribuição reside na noção de práticas discursivas, que articulam linguagem, ação e contexto. Nesse sentido, termos como "risco", "prevenção" ou "adesão ao tratamento" não se limitam a conceitos técnicos; eles mobilizar formas de governar a vida. O discurso do risco, por exemplo, organiza condutas, distribui responsabilidades e regula corpos. Assim, o construcionismo se torna uma ferramenta crítica para entender como narrativas aparentemente neutras carregam projetos políticos e éticos (Cordeiro et al., 2023).

Sua obra revela também a potência de incorporar vozes historicamente silenciadas. Ao analisar discursos de usuários, profissionais e gestores, Spink demonstra que o campo da saúde não é homogêneo, mas atravessado por disputas narrativas. Escutar essas diferenças significa abrir espaço para novas formas de cuidado e para uma concepção mais democrática de saúde.

Lupicínio Íñiguez-Rueda, por sua vez, desenvolve uma abordagem centrada na dimensão interacional da linguagem. Ele mostra como os discursos não circulam apenas em nível macro (instituições, políticas públicas), mas também se atualizam nas interações cotidianas, produzindo subjetividades e identidades. Um rótulo, como "dependente químico" ou "paciente crônico", não é neutro: ele organiza expectativas, molda relações e define quem é ouvido e quem é silenciado. Assim, a análise construcionista de Íñiguez permite compreender como práticas discursivas concretas, como entrevistas clínicas, relatórios e conversas informais, participam da constituição dos sujeitos. Ao concentrar-se no cotidiano institucional, Íñiguez articula o construcionismo à psicologia social crítica, destacando a necessidade de compreender o poder difuso que circula nas interações mais banais (Cordeiro et al., 2023).

Portanto, o construcionismo social configura-se simultaneamente como epistemologia e ética e, deste modo, não é um movimento intrínseco à psicologia. Ele nos convida a desconfiar de naturalizações, colocar em contato a pluralidade de vozes e reconhecer a produção do conhecimento como prática política implicada. Assim, trata-se de um saber-fazer crítico para as ciências humanas e sociais em saúde. Sua ênfase na linguagem, na historicidade e nas relações de poder desestabiliza certezas e convoca a conceber a ciência como prática situada. Há a impossibilidade de pensar e agir sem a relação com as práticas sociais (Spink, 2004; 2010; Iñiguez-Rueda, 2005).

Mais do que uma teoria acadêmica, o construcionismo social é um projeto ético-político ao reconhecer que realidades se compõem nos encontros, nas negociações e nas narrativas, e que, portanto, podem ser reconstruídos de forma democrática e inclusiva. Essa perspectiva abre caminhos para práticas

mais sensíveis à diferença e comprometidas com a justiça social, especialmente em campos como a saúde coletiva (Ceccon et al., 2022).

Narrativas como práticas sociais na saúde coletiva

As narrativas em saúde têm sido mobilizadas como dispositivos metodológicos, pedagógicos e terapêuticos. No entanto, sua relevância transcende a coleta de histórias individuais e coletivas. A partir do construcionismo social, compreende-se que narrar é agir no mundo, participar de uma prática social na qual os sentidos são produzidos e compartilhados (Gergen, 2009; Hosking, 2008).

Refletir sobre as narrativas em saúde é reconhecer que cuidado, doença e sofrimento não se reduzem a processos biológicos ou a indicadores epidemiológicos, mas aliado a indissocialidade do um processo de biográfico, social e político. A produção de saúde é também uma trama de histórias contadas e compartilhadas, por meio das quais os sujeitos dão forma às suas experiências, criam inteligibilidade sobre seus sofrimentos e se inserem em comunidades de sentido.

O estudo das narrativas, assim, não é epenas exercício estético ou literário, mas um gesto epistemológico e político, pois se trata de recolocar o sujeito no centro da cena e de problematizar as formas pelas quais a experiência em saúde é reconhecida, silenciada ou transformada em discurso técnico.

Walter Benjamin, em seu ensaio clássico *O Narrador* e no texto *Experiência e Pobreza*, identificava já nos anos 1930 uma crise da experiência. Segundo ele, os sujeitos voltaram das trincheiras da Primeira Guerra Mundial incapazes de narrar o vivido, como se a experiência houvesse se tornado indizível. Esse empobrecimento da experiência é também um empobrecimento narrativo, já que a tradição oral, que sustentava a transmissão de saberes e a partilha de sentido entre gerações, encontrava-se esvaziada diante da brutalidade da modernidade (Benjamin, 1987; Benjamin, 1994).

Para Benjamin, a narrativa é mais do que relato, mas a inscrição de um saber partilhado, capaz de conectar a experiência singular ao horizonte coletivo (Gagnebin, 2006). Pensar as narrativas em saúde à luz de Benjamin é reconhecer a importância da escuta e da transmissão, mas também os riscos de um mundo que silencia e empobrece a fala dos sujeitos sobre sua dor (Onocko Campos, 2005; Ceccon et al., 2022).

Paul Ricœur, por sua vez, aprofunda a relação entre narrativa, tempo e identidade. Em *Tempo e Narrativa* e em *Si-mesmo como Outro*, Ricœur propõe que é pela narrativa que os sujeitos articulam a temporalidade de sua existência: entre o vivido imediato e o tempo histórico, a narrativa é mediação que confere inteligibilidade ao fluxo caótico da vida. Na saúde, narrar uma doença não significa apenas relatar sintomas, mas organizar uma trajetória, atribuir sentido ao sofrimento e, em última instância, constituir identidade. O conceito de "identidade narrativa" de Ricœur mostra como, ao contar sua história, o sujeito em sofrimento se reconhece, se reconstrói e se reinsere no mundo (RICŒUR, 2014; RICŒUR, 1994; RICŒUR, 1991). Assim, a narrativa não se reduz a um instrumento terapêutico, mas fundamento ontológico para a constituição do sujeito em sua relação com a doença e com o outro.

No campo da saúde coletiva, as narrativas podem se constituir como dispositivo de pesquisa e de cuidado. Para Ceccon et al. (2022), elas não são apenas representações das experiências vividas, mas funcionam como práticas sociais que permitem à saúde coletiva escapar da captura biomédica e abrir-se à escuta de saberes plurais. O valor da narrativa, nesse contexto, é duplo: epistemológico e político. Ao narrar, sujeitos historicamente invisibilizados afirmam sua existência e reivindicam reconhecimento. Essa perspectiva dialoga com a tradição crítica da saúde coletiva brasileira, que, desde sua concepção, buscou articular produção de conhecimento e transformação social.

Na saúde mental e nas políticas de atenção psicossocial, por exemplo, as narrativas de usuários e familiares são instrumentos fundamentais para a construção de um cuidado centrado na pessoa e na comunidade, rompendo

com o tecnicismo dos protocolos e com os efeitos da violência da medicalização. Quando escutadas e legitimadas, essas narrativas não apenas informam o cuidado, mas o constituem. Nesse contexto, o ato de narrar transforma-se em um gesto clínico e político: rompe o isolamento do sujeito, reinscreve sua experiência em um horizonte de sentido compartilhado e produz outras formas de vínculo entre profissionais, usuários e comunidade (Onocko, 2005).

Pode-se afirmar que as narrativas em saúde operam em três dimensões principais, marcadas por sua natureza performática: (1) "experiência e memória", isto é, ao narrar, os indivíduos preservam e transmitem experiências, enfrentando o risco do empobrecimento da memória e da perda da transmissibilidade do vivido; (2) "identidade e temporalidade", pois narrar é também reconfigurar-se, dar forma à própria experiência e organizar o tempo vivido, mostrando que a construção da identidade está intrinsecamente ligada à prática narrativa; e (3) "reconhecimento e cuidado", já que a narrativa é ato político, legitima vozes e institui formas alternativas de cuidado, ao produzir encontros entre indivíduos e instituições.

O estudo e a prática das narrativas em saúde, portanto, não são complementos periféricos a uma racionalidade biomédica hegemônica. Ao contrário, promovem um deslocamento nas próprias concepções do cuidado: de um modelo centrado em órgãos, diagnósticos e protocolos para outro que reconhece e valoriza sujeitos, histórias e contextos. Nesse movimento, as narrativas revelam sua densidade ética e política, pois, ao mesmo tempo, em que instauram o reconhecimento da singularidade, questionam as estruturas que sustentam o silenciamento, a exclusão e a desigualdade (CECCON et al., 2022).

Nesse sentido, quando um sujeito em situação de vulnerabilidade compartilha sua trajetória de vida e de saúde, sua narrativa ultrapassa a condição de um testemunho; ela intervém na própria configuração das realidades sociais, expondo tensões, silenciamentos e possibilidades de transformação. Essa perspectiva dialoga com os estudos de Spink (2013), que analisou como discursos sobre risco circulam no cotidiano, regulando condutas

e construindo subjetividades. Assim, ao se articularem ou confrontarem tais discursos hegemônicos, as narrativas podem instaurar linhas de fuga, abrindo brechas para outros modos de existir e de cuidar.

Pontos de encontro

Para o construcionismo social, a linguagem não é um meio transparente de representação, mas um campo de ação e produção de significados (BURR, 2015). As narrativas, portanto, não descrevem experiências "internas" pré-existentes, mas as constroem no próprio ato de narrar. Hosking (2008) enfatiza que as realidades sociais são continuamente produzidas em processos relacionais. Assim, as narrativas em saúde coletiva não podem ser entendidas fora das interações que as tornam possíveis, seja em uma entrevista de pesquisa, em uma consulta clínica, em uma roda de conversa ou em grupos de cuidado. Cada um desses espaços configura um contexto de coautoria, no qual narrador, interlocutor e espectadores participam conjuntamente da produção do relato.

Esse deslocamento teórico e interventivo tem implicações diretas para o campo da pesquisa e das práticas em saúde. A narrativa deixa de ser concebida como um objetivo empírico estável, passível de coletae descrição, para ser compreendida como um acontecimento relacional, emergente da co-produção entre pesquisador, profissional de saúde e sujeitos sociais no próprio ato do encontro.

A premissa é que as narrativas nunca são neutras. Como ressalta Íñiguez-Rueda (2004), os discursos são formas de exercício do poder, pois instituem fronteiras entre o que pode ser dito, creditado e/ou legitimado ainda que existam disputas e versões da realidade em detrimento de outras. No campo da saúde coletiva, isso implica reconhecer que as narrativas biomédicas sobre o que é e pode ser doença, normalidade ou risco, ocupam posições

hegemônicas, silenciando ou marginalizando narrativas leigas, populares ou de grupos subalternizados.

Contudo, é na tensão entre narrativas hegemônicas e contra-narrativas que emergem possibilidades de transformação social. As histórias contadas por pessoas em situação de rua, por exemplo, não apenas descrevem condições de vida precárias, mas interpelam categorias cristalizadas como "exclusão" ou "vulnerabilidade", ao evidenciar agências, resistências e modos próprios de existir (CECCON, 2025).

A esse respeito, Nogueira (2001), ao aproximar o construcionismo social das epistemologias feministas, mostra que as narrativas em saúde são atravessadas relações de poder marcadas por gênero, classe e raça. Assim, trabalhar com narrativas é também interrogar os regimes de visibilidade e autoridade que definem quem pode falar, de que modo e com que efeitos de verdade.

Assim, as narrativas em saúde configuram-se como dispositivo de resistência e de invenção que operam nas estruturas de saber, poder e subjetivação. De resistência, por impedirem que a experiência seja capturada exclusivamente pelo discurso técnico ou estatístico; e de invenção, por abrirem novos caminhos para o cuidado, a pesquisa e a política em saúde. Em um tempo marcado pela velocidade das informações, pela objetificação dos corpos e pela precarização das vidas, apostar na narrativa é também afirmar a potência da palavra como gesto de dignidade e de transformação social.

Um aspecto central da intersecção, entre narrativas e construcionismo social, é a ênfase no caráter dialógico das práticas discursivas. Pesquisadores brasileiros, como Emerson Rasera, Carla Guanaes-Lorenzi e Marisa Japur (2006; 2007), demostram que, em grupos terapêuticos ou comunitários, o compartilhamento de histórias pode gerar novos sentidos coletivos e favorecer processos de mudança (GUANAES-LORENZI, 2006).

Nessa perspectiva, a narrativa não é entendida como relato fixo, mas como prática viva, sempre aberta à reconstrução. As versões de si e do mundo que emergem em um grupo podem desestabilizar narrativas cristalizadas,

produzindo possibilidades inéditas de cuidado e convivência. Trata-se de um trabalho de coautoria, no qual múltiplas vozes se entrelaçam para construir horizontes comuns.

Essa dimensão dialógica reflete a própria vocação da saúde coletiva: promover práticas democráticas, horizontais e participativas, nas quais o cuidado se constrói não apenas a partir de protocolos técnicos, mas sobretudo no encontro entre sujeitos e suas histórias.

Considerações Finais

A intersecção entre narrativas e construcionismo social revela-se como campo fértil para a saúde coletiva. De um lado, o construcionismo social oferece a base epistemológica para compreender narrativas como práticas relacionais e politicamente situadas; por outro, as narrativas tornam visíveis os modos concretos pelos quais sentidos de saúde e doença são produzidos, disputados e transformados.

Mais do que recurso metodológico, as narrativas se constituem como prática política e ética, na medida em que ampliam a pluralidade de vozes no campo da saúde, desnaturalizar categorias hegemônicas e fomentam processos de mudança coletiva. Dessa forma, ao articular narrativas e construcionismo social, a saúde coletiva fortalece seu compromisso histórico com a democratização dos saberes, a valorização da experiência e a construção de mundos mais justos e habitáveis.

Referências

BURR, V. Social Constructionism. 3. ed. London: Routledge, 2015.

BURR, V. Social Constructionism. 3. ed. London: Routledge, 2015.

CECCON, R. F. et al. Narrativas em saúde coletiva: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

GERGEN, K. J. An Invitation to Social Construction. 3. ed. London: SAGE, 2015.

GERGEN, K. J. An Invitation to Social Construction. 3. ed. London: SAGE, 2015.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, v. 40, n. 3, p. 266–275, 1985.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, v. 40, n. 3, p. 266–275, 1985.

IBÁÑEZ, T. El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Paidós, 1994.

IBÁÑEZ, T. El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Paidós, 1994.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales. Barcelona: UOC, 2005.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales. Barcelona: UOC, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. A narrativa na clínica e na saúde coletiva. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 221–233, 2005.

PAIM, J. S. O que é saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

RICŒUR, P. Narrative Identity. Philosophy Today, v. 35, n. 1, p. 73–81, 1991.

RICŒUR, P. O si-mesmo como um outro. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.

RICŒUR, P. Tempo e narrativa. Tomo I. Campinas: Papirus, 1994.

RICŒUR, P. Tempo e narrativa. Tomo I. Campinas: Papirus, 1994.

SPINK, M. J. P. (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. P. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

Capítulo 3

“Ciência Intuitiva” e a Cartografia na Pesquisa em Saúde

Túlio Batista Franco

Introdução

Este artigo discute a relação entre o conceito de ciência e pesquisa no campo da saúde. Faz um recorte temporal no século XVII, período de ascensão do método científico, que se estende até o século XVIII, chamado de “iluminismo”, que segundo Kant citado por Lima (2024) significa a “saída do homem de sua menoridade”, isto é, a emancipação da razão e da ciência como meios de alcançar o conhecimento, se afastando da tutela intelectual, política e religiosa do período anterior. O conhecimento aqui referido é o que tem origem no método que institui universalmente a noção de ciência.

Partimos para a discussão que aqui se propõe do pressuposto de que há diferentes conceitos de ciência, e dois deles teriam principalidade no debate aqui proposto. O primeiro se refere à proposição de Descartes (1596-1650), baseada na ideia de método científico; o segundo tem como fonte o pensamento de Spinoza (1632-1677) que desenvolve o conceito de “ciência intuitiva”, uma

diferente abordagem do conhecimento, que por sua vez tem por referência o corpo afetivo do qual o autor vai desenvolver na sua obra filosófica.

A título introdutório podemos afirmar que ensino e pesquisa lidam fundamentalmente com o conhecimento. Cabe então, conceituar o conhecimento de um ponto de vista filosófico. A busca pela origem do conceito deve nos levar a uma melhor contextualização do seu uso, no tempo e espaço. Se não houve uma disputa entre Descartes e Spinoza no século XVII, mesmo sendo contemporâneos, podemos dizer que nesses quase quatrocentos anos passados desde então, há sim, muitas indagações que precisam ser sistematizadas para uma práxis coerente com os desafios atuais.

Fundamentalmente à pergunta, o que é conhecimento? nos levaria ao conceito fundamente da ideia de "ciência", e por conseguinte a uma determinada forma de pesquisar e produzir os saberes circulantes na sociedade. Por caminhos tortuosos e intranquilos da busca pelo conhecimento, vamos passar rapidamente pelo desenvolvimento do conceito ao longo dos últimos tempos, para chegar ao momento atual, que nos desafia fortemente para a invenção de novos modos de vida, que supõem, novos modos de pensar e agir. O esgotamento do projeto de modernidade fundado no século XVII, é demonstrado pelo extremo sofrimento que chegou a humanidade. O período atual é marcado por tragédias climáticas e de ameaça à vida, impõe um exercício de pensar o novo como imperativo para a existência humana.

Vivemos a Era dos Extremos no século XXI (Franco, 2025). O momento atual requer para as crises estruturais climática, saúde, e violência, todas de forte ameaça à vida no planeta, sejam enfrentadas também com soluções que sejam estruturantes de uma nova era, virtuosa, que valorize a vida humana, e seja pautada por uma sociedade que tenha como diretriz fundamental a solidariedade entre os povos.

As mudanças necessárias à reorganização do mundo, para se consolidarem requer ressignificar o sujeito cognoscente, onde a razão seja parte, mas não o todo de um sistema de pensamento, que deve incorporar

também os *afectos*. Este é o tema central a ser desenvolvido a seguir. Que ciência se desenvolve a partir deste novo sistema no qual o efeito dos afetos no corpo se desenvolve como novo conhecimento? Que conhecimento é este que toma o corpo pelas suas *afecções*? O que seria o *percepto*, esta nova perspectiva de ver e conhecer o mundo no qual vivemos?

Estas seriam questões fundamentais a serem desenvolvidas. Este texto não tem a pretensão de estabelecer alguma verdade, mas convida ao exercício de construção coletiva de um novo ciclo da ciência e pesquisa, na qual, as ideias que dão origem às perguntas anteriores são estruturantes de um certo modo de pensar e agir. E neste sentido, uma nova forma de ensinar, pesquisar, lidar com o conhecimento em todas suas possibilidades.

A insurgência do saber e uma nova práxis

Esse debate poderia começar por qualquer área do conhecimento, mas tomamos como foco da discussão, um tema que dominou certos ambientes acadêmicos, e se refere a uma verdadeira insurgência no campo da psicanálise e saúde mental, nos idos 1970/1980.

No ano de 1972 na França, Gillez Deleuze e Félix Guattari publicam o livro "O AntiÉdipo: capitalismo e esquizofrenia"[1], e com isto inauguram um campo de conhecimento então denominado de esquizoanálise. Se trata de um conjunto teórico-conceitual que constitui o arcabouço de um novo pensamento, que parte da psicanálise e rompe com seus principais fundamentos, como a inaugural ideia sobre inconsciente como produção, fábrica, usina, um "inconsciente maquímico". O desejo a constituir o núcleo da subjetividade. Não mais como falta, como proposto pela psicanálise, mas o desejo como força propulsora de energia vital, agenciamento, produção de mundos. A frase "o inconsciente pensa o mundo e não mais papai e mamãe", expressa bem a crítica dos autores à ideia de Complexo de

1 *L'Anti-Œdipe: Capitalisme et Schizophrénie*, escrito por **Gilles Deleuze** e **Félix Guattari**, foi publicada na França em **1972** pela editora **Éditions de Minuit**.

Édipo, outra formulação do pensamento psicanalítico, que é superada para uma ideia geral de que o sujeito se coloca em conexão com o mundo. Dele sofre as interferências que vão marcar a sua constituição como corpo, o seu desenvolvimento como pessoa. O que nos define, de acordo com os autores, não são mais as estruturas repressoras no âmbito intrafamiliar.

Tomando estas questões iniciais como referência, a esquizoanálise entende a subjetividade como algo que se modifica conforme as experiências de vida, o vivido. Neste sentido o sujeito tem uma construção subjetiva de si que é ao mesmo tempo social e afetiva. Trataremos, portanto, como os autores, de sujeitos *socioafetivos*, porque constituídos por afetos provenientes do contexto social no qual vivem. A subjetividade se refere ao modo específico como cada sujeito percebe o mundo, e ao mesmo tempo intervém sobre ele. Ou seja, na relação com o *socius*, há uma produção de si e do mundo ao mesmo tempo.

Deleuze e Guattari deslocam a ideia de produção da subjetividade e dos processos de subjetivação para o campo social, o *socius*. O mundo da vida, as relações sociais, as experiências do cotidiano, que acontece na micropolítica dos encontros, passam a ser fundamentais para o entendimento da constituição do sujeito como fenômeno de produção de si. O entendimento do mundo por sua vez, passa a se dar por uma molecularidade, ou seja, tem como base as microrrelações, lugar onde a vida acontece pela potência do ato de existir. Assim, se reconhece o pressuposto de que, a construção dos espaços sociais e afetivos de produção da vida é obra dos sujeitos. Não mais se vê a vida como sendo determinada por estruturas sociais e econômicas, nem como processo natural da história, mas fundamentalmente, uma produção no emaranhado de todas essas coisas. Estamos falando do que seria um "novo paradigma estético" nos termos dados por Guattari (1992), onde os fenômenos da vida não se enquadram em estruturas muito bem delimitadas e organizadas. Estamos sempre diante do caos, uma forma, portanto estética, que opera por fluxos, e no contexto do emaranhado, nos coloca diante do conceito do Guattari (idem) de "Caosmose".

Com este conceito o autor diz: "[...] quero conjugar as ideias de 'caos', 'cosmos' e 'osmose'. Quero dizer com isto que há uma relação osmótica, de imanência, entre a complexidade e o caos" (Guattari, 1991). A imanência se refere àquilo que é intrínseco ao ser, que, diante da profusão de acontecidos que nos toma cotidianamente, coloca a ideia de que estamos sempre diante de movimentos que nos atravessam, de forma infinita no tempo, e complexa porque sempre multirelacional, e que se movimenta em fluxo.

AntiÉdipo surge no cenário dos anos 1970 como um poderoso manifesto. Era como se irrompesse uma a energia sísmica, e removesse as placas tectônicas no campo do saber. Embora em uma área específica do conhecimento, representou um movimento de insurgência à hegemonia da forma de ver o mundo, pautado por uma ciência que obedecia aos cânones do método científico criado a partir do "momento cartesiano", que segundo Foucault (2004) caracteriza a passagem de um período na história, notadamente no século XVII. Foucault vai argumentar que o sujeito é uma construção social e histórica, moldada por relações de poder e conhecimento. Portanto, o que se refere à questão do saber, produz interferência nas estruturas do poder, seja da ciência, seja na dimensão social e política da sociedade.

O dualismo cartesiano, que estabeleceu uma distinção clara entre a mente (sujeito) e a matéria (objeto), impulsionou a separação entre sujeito e objeto no campo do conhecimento e da pesquisa. Assim, supõe o "método científico" uma ruptura entre humanidade e natureza, corpo e mente, o que produz uma fragmentação no entendimento sobre a conformação do mundo, das coisas, do *socius*. Neste caso, ao que parece o mundo é visto como um sujeito autômato, contrariando a ideia de que ele se produz a partir do protagonismo nos atos cotidianos de andar na vida. E que o mundo também está em nós, como nós estamos nele.

O conhecimento e a ciência acompanham este movimento de objetificação e fragmentação da realidade. Da mesma forma, as pesquisas vão repetir esta dinâmica, produzindo uma simplificação da realidade. Há uma

perda da dimensão da existência de uma produção subjetiva do conhecimento, componente exclusivamente humano. A subjetividade, e os processos de subjetivação carecem de reconhecimento no campo do conhecimento científico da pesquisa.

Na continuidade das suas formulações no campo da filosofia, Deleuze e Guattari (1995) publicam "Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia", no qual a questão da subjetividade e subjetivação ganham força como um campo de percepção singular do mundo.

O que era um manifesto com base no AntiÉdipo, ganha uma estrutura de pensamento sólida através da publicação de Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia"[2]. Esta é uma obra que expressa uma práxis, ou seja, se vive aquilo que se fala e escreve. A obra opera como um dispositivo, produzindo agenciamentos que se traduzem em importantes operadores sobre o modo de pensar a realidade. A micropolítica como modo de interpretar e atuar no mundo da vida cotidiana, ganha expressão, visibilidade e dizibilidade.

Spinoza: "O que pode um corpo?"

A expressão deste subtítulo se tornou uma célebre pergunta muitas vezes atribuída a Spinoza, pela sua importante formulação sobre o corpo enquanto potência, e toda teoria da afecção da qual trata o autor no livro Ética. Ela foi formulada por Deleuze, mas fundamentalmente se refere à grande questão a ser enfrentada no campo da filosofia spinoziana, e de forma derivada, naquilo que interessa à discussão da clínica e cuidado na saúde.

O corpo do qual os autores tratam, não se resume apenas à ideia de uma estrutura anátomo-fisiológica, tal como descrito por Foucault (1980) em O Nascimento da Clínica. Eles se referem ao Corpo sem Órgãos (CsO) (Artaud, 1947, Deleuze e Guattari, 2008). A primeira vez em que esta ideia

2 A primeira edição foi: Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). Mille Plateaux: Capitalisme et Schizophrénie. Paris: Les Éditions de Minuit.

foi pronunciada, foi pelo poeta, escritor, dramaturgo francês, Antonin Artaud (1896-1948), na sua peça "Para Acabar com o Juízo de Deus" de 1947. Sobre uma crítica à captura moral do corpo, ele anuncia o "Corpo sem Órgãos":

Antonin Artaud empenhou sua vida para expressar uma visão acerca da "verdadeira e imortal liberdade". Dedicou seu corpo a um fazer teatral que anunciava a amplitude de se viver livre – um teatro ritual que extraía o indivíduo dos liames que o ancorava, que chocava e proporcionava um desejo de viver. Parece-me que ele mesmo fugia do juízo como se estivesse atolado em um pântano de piche. Completamente imerso nessa armadilha viscosa, Artaud elaborou um plano de purificação para gerar um novo corpo que não era nem humano nem metafísico, e ainda, refratário e autônomo, um corpo de resistência e intensidades: o corpo sem órgãos (Giancristofaro, 2010).

Artaud buscava desesperadamente a liberdade, que era mais do que andar pelas ruas. Era a libertação das amarras impostas pelos códigos sociais da época. Ele se via em um corpo aprisionado pela moral, e a ciência, deixando-o "atolado em um pântano de piche", onde a viscosidade o impedia de exercer o ato de criação na sua prática artística. Sua potência corporal era tamanha que não cabia nos limites dos órgãos, transbordava, e anunciava um devir que não se enquadrava em nenhum modelo "humano nem metafísico". O corpo foi imaginado então como uma potência, que se nutre das intensidades dos afetos circulantes nas relações com o mundo, e especialmente tem a força dos atos de criação. Só um corpo livre é capaz de criar.

A ideia de um corpo como potência encontra correspondência no pensamento de Baruch Spinoza (1632-1677). Este seria o equivalente a um corpo afetivo, sensível, que conhece e aprende com base no efeito dos *afectos* que tornam este corpo mais ou menos potente para agir no mundo. E, por isto mesmo, maior ou menor potência de agir para a produção da vida (Spinoza, 2010).

Por corpo, o autor entende não só o corpo humano. Pode ser um objeto, um som, uma arte, um conceito, um pensamento, qualquer coisa com as quais nós nos encontramos, e cujo encontro tem a possibilidade de afetar e ser afetado.

O encontro qualquer que seja ele equivale a um acontecimento, porque, segundo Spinoza (idem) é no encontro que os *afectos* circulam, no espaço entre corpos, chamado de "campo de consistência". A dinâmica do encontro revela o atributo dos corpos em afetarem uns aos outros. Os afetos deixando "marcas", ou registros no corpo afetivo, que vão produzindo em cada uma ideia singular, sobretudo que a cerca, o seu contexto mundano. Ao efeito dos afetos sobre os corpos o autor vai chamar de *afecção*. Portanto, este processo leva a que o "corpo afetivo" aprenda, e passa a conhecer o mundo na perspectiva dos afetos circulantes nas relações e encontros. É uma nova e diferente forma de conhecimento, porque tem por base o que Deleuze (1988) chamou de *percepto*.

Há os conceitos, que são a invenção da Filosofia, e há o que podemos chamar de perceptos. Os perceptos fazem parte do mundo da arte. O que são os perceptos? O artista é uma pessoa que cria perceptos. Por que usar esta palavra estranha em vez de percepção? Porque perceptos não são percepções. O que é que busca um homem de Letras, um escritor ou um romancista? Acho que ele quer poder construir conjuntos de percepções e sensações que vão além daqueles que as sentem. O percepto é isso. É um conjunto de sensações e percepções que vai além daquele que a sente (Deleuze, 1988).

"Não existe percepto sem *afecto*" nos diz Deleuze nesta mesma entrevista a Claire Parnet, o *Abecedário*. Percepto, *afecto* e sensações estão ligados em um mesmo conjunto sistemático, que leva a conhecer o mundo no qual se vive. "A arte fala pelos afectos", Deleuze anuncia assim a potência da arte na produção de um conjunto de sensações produzidas quando no encontro entre e com as pessoas. Produz-se assim o *percepto* sobre o que se está sendo vivido como experiência, operando uma forma específica de aprendizado. Estamos falando de conhecimento, ou, um modo de conhecer. Por isto é que muitas vezes o conceito filosófico é insuficiente para expressão de certo conhecimento, é necessário recorrer à arte, como muito bem o faz Deleuze e outros autores da filosofia da diferença, que de forma recorrente, citma obras artísticas para expressão do seu pensamento.

Retornamos a Spinoza (2008) que propõe o encontro como o momento crucial onde os corpos afetam uns aos outros mutuamente. A depender da característica do encontro, este produz diferentes graus de potência naqueles que se encontram. Quando o afeto é positivo, e produz alegria, há um aumento da potência de agir no mundo. E se esse afeto transmitido é negativo, produz tristeza, há uma redução da potência de agir. Uma pessoa tem múltiplos encontros em um mesmo dia, que produzem efeitos nos seus corpos, e assim, sofrem diferentes variações no seu grau de potência. Isto produz um efeito sobre o conhecimento afetivo em cada um, uma certa produção subjetiva do sujeito. Ou seja, há permanente modulações na formação da subjetividade, alterando assim a percepção da pessoa sobre os acontecimentos, as coisas e o mundo da vida. Seria mais adequado dizer que a pessoa está em permanente processo de subjetivação, do que se referir a uma subjetividade estática, mesmo sabendo que ela é dinâmica, e se produz a partir das experiências cotidianas do mundo da vida.

A ciência e pesquisa na saúde a partir da noção de corpo como potência

Como já dito, Deleuze (2008) define que nosso organismo é dotado de dois corpos, o corpo com órgãos e um corpo sem órgãos. Ele se refere ao corpo anátomo-clínico (Foucault, xx) e o corpo afetivo (Spinoza, xx). A objetificação das pessoas e coisas, produzida pelo pensamento científico convencionalmente concebido, traz em si a noção de que só tem existência aquilo em que a materialidade é mensurável pelo "método científico". No entanto os afetos continuam sendo uma fonte de conhecimento que tomam os corpos. Um conhecimento que trespassa, e invade os corpos por força e potência dos fluxos de intensidades, faz com que eles tenham diferentes *perceptos* do mundo que os cerca. Ou seja, são modos diferentes de significar este mundo a partir das

sensações que são transmitidas aos corpos pelas experiências que eles mesmos têm. O regime de inteligibilidade ganha contornos diferentes, porque, a cada experiência vivida há novos sentidos para as coisas e o contexto socioafetivo que nos cerca. O corpo tem uma potência ativa, força propulsora situada no núcleo da subjetividade, o desejo, que coloca a pessoa em movimento na produção do mundo. Tomando estas questões, seguimos para pensar como deve ser a pesquisa em saúde.

Começamos pela questão: de que matéria é feita a ciência? O conhecimento. Então, precisamos responder a uma segunda questão ontológica: o que é conhecimento? Para responder a esta questão inicialmente estabelecemos um corte temporal no século XVII.

Neste período se estabelece a hegemonia do pensamento científico, o qual considera como válido apenas aquilo que tem confirmação pelo "método científico". A modernidade se funda nesta racionalidade, onde a produção do conhecimento está sempre associada a uma estrutura normativa, organizada e protocolar. E sempre fragmentada. Há uma fragmentação do saber, que no ensino toma a forma de "disciplinas", um modo de organizar o conhecimento em blocos separados e muitas vezes sem conexão, contrariando a lógica do mundo e da vida que ocorre de forma caótica, dentro de um cosmos, que se relaciona e produz por um dado movimento infinito e complexo, o que supõe a ideia guattariana de "caosmose".

No contexto da "ciência normativa", hegemônica, não cabe a ideia de que a realidade se organiza para além das estruturas normativas segmentadas, e que a dimensão afetiva da realidade no cotidiano, dá formação a um certo conhecimento, complementar à objetividade científica, mas igualmente importante para formar um entendimento do mundo. E, este se manifesta no corpo afetivo. É assim que se constitui, o que convencionalmente se chama de subjetividade. Ela se define por um modo singular de significar o mundo, e com ele interagir.

Tendo por referência estas questões, Spinoza escreve sua última obra, inacabada, mas absolutamente importante, o Tratado da Reforma da

Inteligência, (Spinoza, 2004), na qual vai apresentar o arcabouço teórico que define o conhecimento em três categorias distintas, os "três gêneros do conhecimento". Só é possível pensar assim, a partir do pressuposto da existência e intensa atividade do "corpo afetivo".

Segundo Spinoza há três gêneros de conhecimento: a imaginação (ou conhecimento de primeiro gênero), a razão (ou conhecimento de segundo gênero) e a ciência intuitiva (ou conhecimento de terceiro gênero), Deleuze (2019) apud Spinoza (2008). O primeiro gênero se refere ao conhecimento que manifesta uma ideia inadequada, que é a ideia segundo a qual o corpo, sob o efeito dos afetos, forma uma ideia fictícia, fantasiosa, sobre determinado acontecimento. Ou seja, ele não tem controle dos afetos que lhe são transmitidos nos encontros-acontecimentos do cotidiano. Sendo assim, ele forma uma ideia a partir do *afecto* que toma seu corpo, em estado puro. Tomado pelo afecto por exemplo de medo, persecução, tristeza, ressentimentos, ou alegrias vagas, o corpo reage de forma instantânea, por força do afeto recebido, e assim, forma uma imagem da realidade, pautada simplesmente no afecto e a sua imediata reação. Isto faz com que atue nos cenários da vida cotidiana de forma improvisada, produzindo ações desconexas com a verdade dos fatos, a realidade.

Por exemplo, na vida institucional das organizações, no plano da micropolítica, é possível verificar ideias inadequadas que se formam a partir de certos gestos, olhares, palavras, muitas vezes interpretadas com conteúdo persecutório, sem que a ideia de "perseguição", "rejeição", esteja presente realmente no cenário. Esses sentimentos se formam como se fosse de dentro da pessoa para foram, a partir do efeito de certos afetos que tomaram seu corpo. Em outro exemplo é possível pensar que ideias inadequadas podem se produzir por encontros de pessoas com sistemas de controle e vigilância dos seus atos dentro das organizações, o cumprimento de normas, regras, que são componentes dos processos de captura do trabalho das pessoas pela organização. A forma como estas questões são incorporadas, podem levar à

formação de ideia distorcida da realidade. É uma reação da pessoa a partir dos afetos, como se ela fosse um autômato.

O segundo gênero é o que nós podemos associar ao conhecimento convencionalmente chamado de "científico". Como já dito anteriormente, é o conhecimento estruturado, no qual se forma o entendimento de um determinado fenômeno ou acontecimento, que passa a ser explicado a partir de uma materialidade, racionalidade. Usando como exemplo as questões das relações interpessoais em ambiente de trabalho, elas podem ser explicadas pelas ciências do comportamento, associadas às análises de ambiência e fatores próprios da organização, que por sua vez são orientadas pelos saberes estruturados, como da administração, planejamento, gestão, e muitos outros.

Por exemplo, o encontro com certas diretrizes de gestão, que se explicam pelos arcabouços teóricos do campo de planejamento e gestão, associados aos conhecimentos de origem nas ciências sociais e humanas, têm a mesma capacidade de afetar um sujeito, mas este reage com base no modo em que dá sentido para as questões que o afetam, controlando o entendimento e reações do seu corpo. O entendimento do mundo da vida, das relações, e da micropolítica dos atos cotidiano caracterizaria o segundo gênero do conhecimento.

E o terceiro gênero de conhecimento, ao que Spinoza (2008) chama de "ciência intuitiva", é um conhecimento que é transmitido pelos afetos produzidos nos múltiplos encontros que a pessoa tem todos os dias. Entre os que se encontram se forma um "campo de consistência", e através dele, por intensidades, são transmitidos os afectos entre os corpos. A afetação é mútua, o que produz um fenômeno em dois sentidos, o primeiro, faz com que a relação entre os que se encontram seja simétrica, estejam no mesmo plano; a segunda, é que há uma produção de si e do outro ao mesmo tempo. Este outro é o mundo, podemos dizer que no encontro há produção de si e do mundo. O conhecimento afetivo, é muito próximo do que atualmente se fala de subjetividade, ou seja, proporciona o modo como as pessoas percebem o mundo, no qual produzem sua existência.

O afecto aqui ocorre como potência, aumento da potência de agir, e sendo assim, ele é controlado pelos sujeitos, e se transforma em atos do cotidiano, com força criativa para atuar no mundo. O mundo se abre pelo agir desejante, que atua como força propulsora que nos põe em movimento. Este é o lugar da potência de criação, possibilidades de construção do novo.

Os afetos que tomam o corpo, são afectos positivos, amorosos, que carregam esperança, e por isso têm o efeito de produzir alegria, e aumentar a potência de agir. Este é o conhecimento do terceiro gênero, que traz em si a capacidade criativa, porque opera pela liberdade, onde cada pessoa realiza a sua própria natureza, segundo Spinoza (2013).

A "ciência intuitiva" se forma como produção de um saber sensível, dentro da lógica do terceiro gênero de conhecimento. Ela traz a capacidade de compreensão do mundo pela força dos afetos circulantes, e sua potência. O sujeito do terceiro gênero do conhecimento age na molecularidade das relações, organizações, se movimenta na micropolítica dos encontros. Se coloca hoje como o principal desafio do nosso tempo, produzir um tipo de ciência que reconheça os afectos e seus efeitos como geradores de potência, e a "ciência intuitiva" como uma possibilidade de geração de conhecimento novo, que pode se compor com o conhecimento do segundo gênero.

Então, sempre que falamos de ciência, precisamos nos posicionar e qualificar este debate já que o terceiro gênero do conhecimento traz uma ideia disruptiva de um saber que se produz pela percepção das sensações, os afectos que se instauram nos corpos. Tudo isto dá uma perspectiva diferente, mas igualmente importante para explicar o mundo e seus fenômenos. As adversidades enfrentadas pela nossa civilização, no nosso tempo, que ameaçam gravemente e globalmente a vida na terra, são o exemplo infeliz do cansaço, e exaustão do pensamento e das forças que movem o mundo.

Este movimento do mundo tem os agenciamentos de: i) ciência hegemônica, que regula os corpos, por exemplo, dizendo o que é normal e patológico, protocolizando a vida, segregando o diferente e outros dispositivos

de controle que têm origem no pensamento científico hegemônico; ii) a estrutura de poder, que organiza e controla a organização social, sistemas de inclusão ou inclusão, modos de organização representacional que segrega e exclui dissidentes sociais, econômicos e de pensamento, organização do poder para o exercício de governo ser perpetuado por uma elite dirigente formada pela classe mais abastada; iii) uma moral opressora, que difunde valores que reprimem e oprimem os corpos divergentes, e todo grupamento humano que organiza a sua vida com liberdade, fora dos padrões morais construídos pela sociedade; iv) as linhas capitalísticas de organização do pensamento e um agir egoístico e narcísico na sociedade. Opera da mesma forma para os processos de acumulação, superdimensionando a cada dia a exploração do trabalho, inclusive, reestruturando este mesmo trabalho para que ele seja cada vez mais fonte de lucros para os proprietários. No capitalismo há a formação de uma sociedade que produziu o sujeito da concorrência, eliminando o contrato social com base na solidariedade de classe.

Uma das consequências trágicas da formação social que assistimos, diz respeito ao fato de hoje vivermos em um planeta febril, onde o aquecimento global já produz eventos climáticos extremos com milhões de vítimas, e um ambiente desequilibrado do qual emergiu um vírus que matou mais de 7 milhões de pessoas em 2 anos na Pandemia de Covid-19, e ainda continua matando em menor escala. Ou seja, todo conhecimento científico produzido ao longo destes séculos não tem sido capaz de proteger a humanidade, é a demonstração de um fracasso civilizacional. Este quadro social é também afetivo, porque leva à produção massiva da tristeza e melancolia. Um povo triste é passível de ser dominado, subalternizado pelos detentores do poder, seja o poder político, ou da ciência. Por isso, reside na alegria fonte da potência de resistência, e mudança da realidade social. A alegria é revolucionária.

O sujeito do terceiro gênero do conhecimento, traz em si a liberdade, a afirmação da sua própria natureza, por isto ele é dotado de uma potência de agir que o coloca frente a grandes desafios, como o de mudar o mundo.

Mudança que pode se processar a partir dos espaços moleculares na sociedade. Ele tem conhecimento para entender e agir nestes espaços, porque conhece da relação entre os corpos e os afectos circulantes no meio. Sabem compreender o mundo a partir do conjunto de sensações que toma os corpos, e produzem neles certas formas de perceber o mundo. Esta leitura subjetiva da realidade, e que tem grande força operatória sobre os contextos de produção da vida, são fundamentais para um agir revolucionário no mundo da vida.

A Ciência Intuitiva e Pesquisa em Saúde

O conhecimento científico tal como concebido de forma hegemônica, foi e é importante para o desenvolvimento da humanidade, mas, como já dito anteriormente, se mostrou insuficiente para o entendimento do mundo a partir de um padrão humanitário, preservacionista, com base na solidariedade humana. Esta deformação no grau de compreensão da proteção das vidas que habitam o planeta, se produziu nas lacunas do conhecimento. Um saber que tenta interpretar o mundo da vida com base apenas em uma certa objetividade, deixa fora da sua percepção grande parte das ações humanas sem entendimento, porque resultado da produção subjetiva do mundo. Um mundo sem entendimento é um gerador de "ideias inadequadas", enganos, e formação de um povo triste e subalternizado aos poderes opressivos constituídos, principalmente do saber, poder e do capital.

O que se propõe, portanto, é uma associação entre o segundo gênero e terceiro gênero do conhecimento, ou seja, o saber estruturado, das formas e conteúdos, e os *afectos* que dão formação aos processos de subjetivação. Um modo de conhecer com base em outra estética do conhecimento (Franco, 2015), associada à "ciência intuitiva".

Produzir conhecimento com base no encontro, é a ideia que reconhece o ato de pesquisar como um encontro do pesquisador com um determinado

"objeto", ou seja, ambos estarão expostos aos afetos circulantes no "campo de consistência" que se forma no espaço entre eles. Ou seja, há uma produção do conhecimento sobre o que se pesquisa, e produção do pesquisador ao mesmo tempo, porque ele é afetado pelo objeto no qual busca o conhecimento. Ninguém sai de uma pesquisa da mesma forma que entrou. Todas as pessoas sofrem um processo de modulação do seu corpo, e mudança na visão do mundo, a partir da experiência de pesquisar.

A partir destas questões, então, nós podemos começar a discutir o que seria a pesquisa na saúde, entendendo, sobretudo, que saúde é o lugar pautado pelas relações, os encontros, onde ocorre o poder de afetação, que, conforme Spinoza (2008) os afetos podem produzir ou alegria ou tristeza, e o consequente aumento ou redução da potência de agir, respectivamente. Essas modulações dos corpos são contínuas e ilimitadas, porque produzidas a partir dos múltiplos encontros que a pessoa tem a cada dia.

O grande desafio do nosso tempo é pensar uma pesquisa que consiga levar o pesquisador a interagir com o mundo e seus fenômenos, reconhecendo a sua objetividade, assim como também uma certa produção subjetiva dos acontecimentos a serem pesquisados. Este é o desafio, porque, na conformação da ciência hegemônica dominante, não há o reconhecimento dos processos de subjetivação operando na produção de tudo o que se conhece.

Considerações Finais: O Pesquisador IN-Mundo, Cartografia e Práticas de Pesquisa

Muitas formas de pesquisar têm sido desenvolvidas em todas as áreas do conhecimento, sejam as humanas e sociais, como as ciências da vida ou tecnológicas. Há uma busca insesante pelo conhecimento, e uma constatação de que, o que há até hoje como oferta de método científico, por mais desenvolvido, não é completo, e não poderia ter a pretensão de explicar tudo o que há de

fenômeno sobre a terra, a ser pesquisado. Neste sentido, trazemos aqui, dentro de um universo de possibilidades, duas experiências e formulações para servir de demonstração de certos modos de pesquisar na saúde.

O dispositivo "Pesquisador IN-Mundo" proposto por Abrahão et al (2013) vem de encontro ao que se vem discutindo neste texto, na medida em que propõe um modo de faze a pesquisa, que parte do princípio de que, os sujeitos pesquisadores têm uma certa implicação com o objeto pesquisado. Neste sentido, há uma crítica ao modo convencional, para construir este outro conceito. Dizem os autores:

> Aposta-se na imparcialidade como elemento fundamental daquilo que se produz: um modo de olhar o mundo de fora, buscando a "não contaminação" do pesquisador pelo objeto, num processo de produção do conhecimento neutro sem interferência e influência. Isola e recorta da realidade aquilo a estudar-se, sob o imperioso controle das variáveis intervenientes, posto que elas confundem o objeto a ser pesquisado. A lógica é: quanto mais isolado for o objeto do mundo, da vida, maior a possibilidade de produzir-se conhecimento que não falseie "a" verdade. Há uma aposta na necessária limpeza do campo de observação. Outras formas de produção de conhecimento não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras. Ao contrário, operam com a perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo, com o objeto. Nesta perspectiva, a implicação é intrínseca à produção do conhecimento (Abrahão et al, 2013, pág. 133).

O que se propõe com a ideia de um pesquisador in-mundo parte do reconhecimento de que o pesquisador implicado, e o encontro próprio do ato de pesquisar, produzem efeitos sobre aqueles que pesquisam, que vão além da explicação objetiva do fenômeno. Esta questão se conecta ao tema da caratografia, como um modo de produzir conhecimento, visto que há aspectos que muitas vezes permanecem invisíveis, mas têm força e podem ser percebidos a partir dos *afectos* circulantes, e que produzem certos efeitos no pesquisador, sensações, que fazem com que ele tenha uma outra

perspectiva de abordar e conhecer o objeto pesquisado. Um conhecimento que é cartografado pelo corpo sensível do pesquisador, e é complementar, mas igualmente fundamental, para dar sentido, e ter o completo entendimento do que se está pesquisando.

Ainda, segundo os autores:

> A construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. A vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades.
>
> Tomamos a definição de vida "escovando-a a contrapelo", deslocando-a de sua acepção predominantemente biológica40, que ganha uma amplitude inesperada, como o poder de afetar e ser afetado, revestindo-se de seu caráter iminente mente político. É nesta perspectiva que a vida é tomada como algo capital: vital, na sua força criadora, na medida em que ela faz variar suas formas, reinventando suas coordenadas de enunciação, afirmadoras da potência da vida... (Abrahão et al, 2013, pág. 134).

O que se diz é que o corpo afetivo pede passagem, e ele aprende, conhece, analisa e intervém no âmbito da pesquisa. A pesquisa cartográfica é vista como uma experiência vital. Ela em qualquer área do conhecimento, produz efeitos nos corpos imersos nos encontros que proporciona. Não há ambiente na ciência e nem processo de investigação assépticos, no qual o pesquisador não nutre nenhum sentimento em relação ao objeto.

Uma outra experiência foi descrita no livro "A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da Família", onde Franco et al (2009) procuram discutir a questão da subjetividade especificamente, presente nas relações de cuidado. A cartografia parte da necessidade de captar os afetos que atravessam as relações, como diz Rolnik (2011): a "cartografia dá língua aos *afectos*".

A autora vem propor a cartografia, como uma forma de produção de conhecimento que reconhece o corpo afetivo como capaz de aprender, analisar,

intervir no mundo da vida. Ela não se encaixa na ideia de "método científico", porque não tem um modelo *a priori* a seguir. Ela se manifesta de forma singular, a depender do objeto sobre o qual se vai fazer a pesquisa, e os interesses do pesquisador. Configura-se, antes, como uma prática sócio-afetiva balizada pela busca de um conhecimento que não se esgota nas "ferramentas" do protocolo, porque transborda os limites dos instrumentos. Embora reconheça estes elementos importantes para compor um conhecimento integral sobre as coisas e os fenômenos, a cartografia busca dar inteligibilidade ao mundo sensível que nos habita, e se encontra no mundo da vida. A pesquisa une esses elementos produzindo novos acontecimentos, que são em si, produtores de novas realidades. Toda pesquisa é também uma intervenção na realidade pesquisada.

O que se pretendeu com esta discussão foi revelar que não há apenas uma ideia de ciência, mas há outras, entre elas a "ciência intuitiva", que coloca novas perspectivas para a pesquisa, e o método de pesquisar. Procurou-se fundamentar a ciência intuitiva, que vem de um conceito de corpo afetivo, capaz de conhecer pelas experiências do vivido, absorvento os afetos circulantes nas relações, no mundo da vida. Apresenta-se assim mais fortemente a concepção de que há um conhecimento até então invizibilidado, que carece de reconhecimento, e se refere ao corpo afetivo, o "conhecimento do terceiro gênero", necessário para suprir uma lacuna no modo de conceber atualmente concebido de forma hegemônica. O corpo sensível, afetivo, precisa ganhar expressão, para uma compreensão do quanto ele é protagonista na produção da realidade.

Referências

DELEUZE, Gilles Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981)/Gilles deleuze; tradução para o português Emanuel Angelo da Rocha Fragoso, Francisca Evilene Barbosa de Castro, Hélio Rebello Cardoso Júnior e Jefferson Alves de Aquino. – 3. ed. – Fortaleza: EdUECE, 2019.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 5. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELEUZE, Gillez. In: Abecedário de Gillez Deleuze. Filmado por Claire Parnet nos anos 1988-1989.

FOUCAULT, Michel. A hermenêutica do sujeito. Tradução de Salma Tannus Muchail e Márcio Alves da Fonseca. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980

FRANCO, Túlio Batista, Andrade, Cristina Setenta & Ferreira, Vitória Solange Coelho (orgs.). São Paulo. Editora: Hucitec, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. A Ética em Pesquisa e a Estética do Conhecimento. REVISTA BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA | Vol 03, No. 05 |Jan./Jun./2015 https://rbs.sbsociologia.com.br/rbs/article/view/157/76 (acesso em agosto/2025).

FRANCO, Túlio Batista. Site Outra Saúde/Outras Palavras. https://outraspalavras.net/outrasaude/trump-a-saude-e-a-nova-era-dos-extremos/ (acesso em agosto de 2025).

GIACRISTOFARO, Humberto. A noção de corpo-sem-órgãos em Artaud e no Teatro da Crueldade: artigo sobre Antonin Artaud. In: Questão de Crítica - Revista Eletrônica de Críticas e Estudos Teatrais. http://www.questaodecritica.com.br/2010/03/a-nocao-de-corpo-sem-orgaos-em-artaud-e-no-teatro-da-crueldade/ (acesso em agosto de 2025).

GUATTARI, Félix. Guattari. O Paradigma Estético. Entrevista realizada por Fernando Urribarri;Suely Rolnik, Paulo Cesar Lopes e Oswaldo Saidon. Tradução: Arthur Hyppólito de Moura, revisado e reeditado por Suely Rolnik. Buenos Aires, novembro de 1991. (Originariamente publicada pela revista Zona Erogena, Buenos Aires, Argentina, 5(10), 1992).

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo/ **Suely Rolnik**. - Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011

SPINOZA, Baruch. (2004). Tratado da Reforma da Inteligência. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SPINOZA, Baruch. Ética. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

Capítulo 4

Escrita epistolar como política da narratividade em educação e saúde

Elisandro Rodrigues
Marta Orofino

> Como foi que neste mundo alguém chegou à ideia de que pessoas podem se comunicar umas com as outras através de cartas? Podemos pensar sobre uma pessoa distante, e podemos agarrar uma pessoa que está próxima – tudo o mais vai além da força humana. Escrever cartas, entretanto, significa desnudar-se diante de fantasmas, algo pelo qual eles aguardam avidamente. (Kafka *apud* Rodrigues, 2015, p. 223).

Montevideo, julho de 2025.

Penso em começar a escrever.

Penso em voltar a escrever.

Te escrevo, quem sabe, para começar.

Penso em começar a escrever mas logo paro. Por dias penso em retomar o que não foi iniciado ainda. Refino mentalmente quais seriam as primeiras palavras a serem colocadas no papel. Demoro. A escrita não acontece.

Fico a pensar nessa escrita epistolar, como nos recorda Kafka, e o que também nos diz Derrida (2007, p. 9-11) ao falar que "uma correspondência é ainda dizer demais, ou muito pouco. Talvez ela não fosse uma correspondência (mas mais ou menos) nem muito correspondente". Ao pensar nessa escrita, enquanto uma proposta de navegarmos pelo mar da narrativa, quem sabe, seja uma proposta de problematizar a escrita epistolar como uma forma de narrar a vida. Como uma perspectiva que nos alicerça a uma outra maneira de nos lançarmos a esse exercício, que por vezes, torna-se difícil de começar que é o próprio ato de escrita.

Recordo de uma escrita nossa, realizada em 2017 em que pensávamos uma conversa ficcional, por meio de cartas, entre Gilles Deleuze e Italo Calvino. Busquei o texto para ler e ali, nesse diálogo atemporal, tentamos narrar sobre o pensar e o fazer conjuntamente - lembrando essa pergunta barthesiana de como viver juntos. Busco uma citação, de uma carta de Deleuze que consta nessa troca de escrita que realizamos que diz:

"Devo agradecer à sua intempestividade nômade e à cidade de Irene por suas bonitas palavras e seu desejo de escrita. Ao receber sua carta fiquei surpreso. Recebo constantemente correspondências, mas a sua me era inesperada. *E eis que escrevo novamente a você, não para lhe importunar nem para solicitar uma resposta, mas na verdade | para continuar |, como que em surdina, uma conversa latente que as cartas não interrompem, ou então como um monólogo interior* sobre algumas questões que colocou" (Orofino; Rodrigues, 2017, sp).

Me colocar nesse movimento de escrita, ou tentar me colocar nesse movimento, diz desse continuar beckettiano e deleuziano com essa conversa latente que as cartas não interrompem. Há tempos, penso por montagem (Rodrigues, 2020; Rodrigues, Schuler, 2021), essa montagem como um cabeçalho de uma carta, como que ao dizer que a escrita e o pensamento operam por montagem, ou como nos lembra Maria Gabriela Llansol (2011, p. 5) que "só no fim do texto eu o deveria dizer, mas o fim do texto é imprevisível - estaca subitamente. Fica dito". Fica dito aqui uma intencionalidade.

Tua pergunta para iniciar essa nossa conversa epistolar era: o que permanece do antigo nesse novo lugar? Me pergunta sobre o que carrego comigo depois de doze anos de trabalho no campo da saúde, doze anos de inserção nos processos de educação permanente, nas práticas micropolíticas e no cuidado vivo em ato. O que carrego comigo para este novo espaço de trabalho que é o ensino universitário, o que carrego do campo da saúde para este da educação e da formação de professoras e professores.

Pergunta está para dizer de uma política da narratividade que se faz viva no cotidiano dos processos de formação, para dizer, quem sabe, de como pensar a escrita epistolar como uma política da narratividade em educação e saúde, enquanto abordagem perspectiva, metodológica e prática do fazer e do pensar as pesquisas nesses campos. Ou, movido por uma política da alegria, esse gesto político de imaginar outras possibilidades.

Pensando nessas questões resolvi, hoje, lhe escrever. Quem sabe pelo prazo que temos para entregar este texto ou, também, motivado pela data e pelo lugar em que estou.

Te escrevo de Montevideo, aqui faz frio. Pela fresta da janela vejo uma manhã cinzenta com os plátanos com suas folhas secas. Mas te escrevo principalmente pois hoje é seu aniversário.

Antes de me colocar nesse movimento de escrita estava lendo o livro de Vila-Matas (2023) que leva como título o nome desta cidade. É um livro sobre escrita, sobre quem sabe voltar a escrever, o que faço neste momento. Ao parar a leitura me deparo com algumas imagens de comemoração do seu aniversário em um grupo da especialização que compartilhamos. Sim, isso me lembrou do teu aniversário e me lembrou de te escrever. O que faço neste momento.

O que me chama a atenção é a sua felicidade nas fotos, essa alegria contagiante pela vida e pela potência do pensamento, por estar dando aula na manhã do seu aniversário. Mas, como um punctum barthesiano é as consignas de sua atividade no dia de hoje: "… o que sabem/imaginam…? Como chegam? Que ações são possíveis de construir?".

Meu olhar é capturado pela palavra imaginam. O livro de Vila-Matas é uma escrita da e pela imaginação. Quem sabe escrever seja isso: imaginar. Mais interessante ainda é que, pouco antes de olhar as imagens de sua aula-comemoração, olhava essa rede social que captura nossos olhares pelas imagens ao aceitar uma solicitação de amizade de um uruguaio que conheci ontem em um concerto musical uma das imagens em seus story diz: "*la imaginación no debe tener limitación alguna, eso es el arte, desbocado, subversivo, enemigo de su tiempo, mirando mas lejos aún*".

É uma frase de Ibero Gutiérrez escrita no seu diário carcerário em 1970. A imaginação não deve ter limitação alguma. Quem sabe essa seja uma boa questão: o que nos limita a imaginação? Ou, quem sabe, o que nos faz imaginar?

Retomando a sua questão quem sabe, carrego - além das amizades e dos bons momentos e projetos criados em conjunto, a imaginação. A imaginação é algo primordial na prática cotidiana da saúde. E não falo da imaginação enquanto pensamento de salvação por ver aquela vida que acompanhamos ter uma melhora, uma alta e um melhoramento na sua condição de vida. Imaginar é importante na saúde e para a saúde, pois nos desloca a pensar em outro lugar possível e em outras práticas possíveis. Quando falamos do Sistema Único de Saúde sempre comentamos sobre o SUS que queremos, isso é imaginar, apesar de tudo. É criar frestas, brechas, pequenos pontos luminosos que nos apontam, mesmo no escuro de nosso tempo - como lembra Vila-Matas ao falar de um texto de Beckett em frente ao mar perto do porto de Killiney diz Beckett: "no final do caos, no vendaval, nunca esquecerei, ali tudo de repente me pareceu claro. Afinal, a visão".

Vila-Matas nos recorda desse olhar para um futuro, ou quem sabe para o que está logo ali na frente, ou melhor, ao que está na nossa frente e diz "invejava a visão que sabia que Beckett tivera: a de que a escuridão, que tanto se esforçava em rechaçar, era na verdade sua melhor aliada porque só nela poderia entrever o mundo que devia criar para respirar".

Carrego este respiro. Este entrever de mundo que a imaginação nos possibilita.

Penso em começar a escrever, mas me lembro de imaginar.

Abraços.

Porto Alegre, passagem de 26 para 27 de julho de 2025.

Amigo querido

Já é madrugada. Fria, úmida, chuva leve. Não avisto plátanos e folhas secas daqui, mas sei que existem em ruas aqui ao meu redor.

Chego feliz mente e corpo cansados de uma longa travessia de dia de aniversário.

Já cedo as ligações dos amores que moram e vivem em fuso horário de 4 horas antes, que me atrasam para o primeiro turno: trabalhar com o grupo de alunos da Especialização em Saúde Mental Coletiva. O assunto? Cartografias. E sim, as consigas, as tarjetas e o sorriso largo me acompanham. Acho que não sei fazer de outro jeito. Não tenho nenhuma nova invenção do meu modo de fazer. Tudo segue sempre cheio de vazios, esperando para serem ocupados pelas palavras, metáforas e sentimentos.

Gosto da ideia de "palavra ausente" do Ricoeur (2000), à espera de ser preenchida pela metáfora. Esse modo ricoeuriano de compreender o mundo, as relações no mundo, parece fazer cada vez mais sentido pra mim.

Da consigna, a do dia de hoje foi: "que novo movimento identifico, sobre produção do cuidado, após cartografar a imagem que capturei do meu cotidiano de trabalho"? Te penso me perguntando: como chegamos até aqui? Explico: Capturam uma fotografia no cotidiano do trabalho. Das imagens, já em sala, a produção de uma escrita narrativa. Quem deseja, compartilhada imagem-texto, aceitando viver com o grupo o exercício de problematização.

Provoco o grupo: façam perguntas! Provoquem estranhamento! Desacomodem o narrador, tirando ele de suas certezas! Aos poucos, a tensão

inicial vira diversão, que permite o narrador colocar a imagem capturada em movimento. Fazer da foto um filme. Uma boa experiência de aula-acontecimento.

Sobre filmes e fotografias, vou deixar ao encargo da tua narrativa filosófica de domingo. Depois me conte.

Te escrevendo agora sobre a aula, me dou conta que gosto tanto (ou mais), de preparar a aula do que viver a experiência.

(eu ia reescrever a frase, mas como escrevo cartas imaginando que estou à escrever no papel, com uma caneta azul – não pela preferência da cor, mas por ser a cor que predominam as canetas ao meu redor –, vou manter o texto acima e seguir a escrita)

Te escrevendo agora sobre a aula, me veio o pensamento de que ela se inicia muito antes do encontro com os alunos: já começo a ser feliz durante o preparo, as leituras prévias, a montagem. Desta vez, revisitei um antigo amigo, que estava esquecido: Deleuze.

Destaco aqui a imagem que ele provoca, sobre o mapa como um conjunto de linhas diversas, funcionando ao mesmo tempo. "Há linhas que representam alguma coisa, e outras que são abstratas. Há linhas que, abstratas ou não, formam contorno (...) são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos" (Deleuze, 2004, p. 47).

E lá vem a imaginação!

(novamente, risco a frase imaginariamente, para parafrasear Caio Fernando de Abreu)

"Não, meu bem, não adianta bancar o distante: lá vem *a* imagem nos dilacerar de novo" (Abreu, 2006).

Ainda é madrugada, não vai amanhecer tão cedo – a chuva cai forte. Não foi à toa que reservei a leitura da tua carta para agora. Sentia que nossa conversa deveria ficar para o final desta jornada (respondendo minha própria pergunta: não, não sei quantos passos da jornada do herói (Campbell, 2002) já percorri, mas sigo pedindo bênçãos às deusas e aos deuses para encontrar o elixir destinado à restauração da sociedade).

Obrigada pelas palavras ausentes, que permitiram produzir sentidos em mim.

Abraço.

Montevideo, 27 de julho de 2025.

Marta,

Sabes que o mais interessante do processo de escrita são as coincidências. A primeira delas é que te escrevo no final do dia, hoje - domingo, dia cheio por aqui de caminhadas pela cidade, pelos sebos, cafés e livrarias, de encontro com amigos de longa data. A segunda é essa questão da imagem e da fotografia. Ontem, quando visitava o Centro de Fotografia de Montevideo me lembrei de ti e peguei um postal que te entrego em um próximo encontro. A segunda questão que fico pensando dessa sua carta diz sobre a aula, isso daria, sem dúvida, uma carta só falando sobre como penso parecido com isso que me diz. Pensar na aula como uma travessia, como imaginação. Não tem como não lembrar do texto de Barthes (2007) chamado "Aula".

Interessante a potência que uma carta tem, ou melhor, que a escrita tem. Nos dá muios elementos para continuar uma conversação. Estou sem meus livros, te escrevo hora do tablet, hora do celular, mas fiquei me lembrando de passagens que quero acrescentar - nesse movimento de edição e montagem, a esta carta, mas que sei que não vou.

Sabes que uma frase que escreveste me chamou a atenção: "Acho que não sei fazer de outro jeito. Não tenho nenhuma nova invenção do meu modo de fazer". Tu falas um pouco sobre esse jeito de fazer, mas poderia contar um pouco mais, penso que está estranha inquietude de pensamento, essa cozinha - ou quarto - de escrita e pensamento possa ser um mote bom de conversa entre nós, além é claro sobre isso da aula como um acontecimento.

Me recordo muito de Deleuze quando fala da aula como um acontecimento e tenho pensado um pouco sobre isso, pensando também na aula enquanto imaginação, te falava um pouco sobre isso na carta anterior. O que esperar de uma aula? De um encontro? Da produção de afecções de uma consigna que lançamos para o trabalho coletivo?

Mas fico aqui a pensar - enquanto tomo mais um gole de vinho nesta noite que começa a avançar -, será que uma aula não seria a produção de uma ausência? Me recordo do que Sandra Corazza falava sobre uma aula, muito inspirado nas leituras de Deleuze, e fico com essa problematização. Vamos ver se consigo rascunhar algumas palavras.

A exposição que fui ver se chama "*Sostener el presente. La potencia fotográfica de Ana Casamayou*", é uma mostra de algumas fotografias que falam abrem um diálogo sobre o presente, dizem de democracia, de encontros, resistência e esperança. Tudo o que nos falta e tudo o que precisamos nesses tempos que correm, como bem nos recorda Edson Sousa (2022) com seu "Furos no futuro" ao lembrar de Ernest Bloch e seu Princípio Esperança, "nosso desafio é saber como abrir furos neste véu do amanhã" (Sousa, 2022, p. 75).

A exposição tinha alguns espaços, o primeiro falava sobre registrar a ausência – e que feliz coincidência ao retomar Ricoeur com a palavra ausente. A autora registra em seis fotografias as ausências que não são faladas. Ausências dos que foram mortos pelas ditaduras, dos que ficam, das crianças, mas, penso, sobretudo de um Estado que não acolhe os seus. Um outro espaça dizia sobre "imaginar mundos" onde ela fotografa mulheres com seus sonhos se fossem presidenta dos seus países. São sonhos singelos, quase utópicos, mas são sonhos de quem pensa no porvir.

Em uma aula registramos uma ausência, penso que inicialmente é a ausência da palavra. E ela é uma dupla ausência, a primeira diz desse movimento inicial que nos fala de planejamento, de sentar e debruçar-se sobre uma questão para tentar esgotar, de certa maneira, uma possibilidade de trabalho. É aqui que nós lançamos ao desconhecido da sala de aula para

pensar o que pode vir a ser uma aula - e que muitas vezes acaba sendo algo muito diferente do que pensamos. Essa ausência diz sobre uma questão, o como pensar esse espaço e essa atividade porvir.

A segunda ausência diria do trabalho em ato, quando estamos em sala de aula, ou nesse espaço educacional e lançamos a palavra que encontra a ausência do outro e da outra. Aqui não falo sobre um retorno que podemos ter, mas da ausência como um lugar, espaço de construção que coloca em contato, que produz encontro, uma ausência que se faz coletivo ao estranhar-se coletivamente nesse espaço de pensamento.

Essa produção de ausências, penso, é o que cria condições de possibilidade para imaginar mundos. Não sei se consigo me fazer compreendido, mas a missiva tem esse potencial de ser um rascunho de pensamento que não o riscamos, como uma semente ou um embrião do que poderá se tornar, um pensamento em ato, uma ausência do que foi e do que poderá ser, "o ato de escrever uma carta - e um texto acadêmico, às vezes - é uma conversação que pode nos remeter ao ato de pensar escrevendo [...] a escrita de uma carta é um clarão de aparição, algo de passagem e de desejo. E o que se tem como desejo é sempre algo que falta" (Rodrigues, Schuler, 2023, p. 671).

João Carrascoza tem um livro que se chama "Caderno de um ausente". Nesse livro nós fala sobre a ausência no processo de acompanhar sua filha recém nascida, o que faz com que crie esse caderno de um ausente com escritas para ela. Esse seria um bom exercício, escrever o que esquecemos ou o que sobra, o que fica de uma aula, de uma atividade educativa. Pois são muitas as coisas que restam, muitas as ausências e palavras que ficam no rascunho, seja na palavra escrita, seja na palavra por dizer.

E aqui me ausento, amanhã pego a estrada em direção a nossa cidade.

Um abraço.

Porto Alegre, 28 de julho de 2025.

Hoje a tua carta me encontra na cozinha. Não da minha casa, mas da casa-CAPS, onde pouso por alguns instantes para decantar a última narrativa escutada no Acolhimento aqui no serviço. Um encontro-acontecimento de 30 minutos, com um antigo conhecido que vem ao meu encontro todas as segunda-feiras pela manhã e, sem sorriso, mas olhar atento à tudo que seus pensamentos paranóides convocam, faz o convite: "vamos conversar, Marta"? Uma narrativa que carrega linhas e mais linhas tramadas, enroladas, rompidas, dobradas, frágeis e ao mesmo tempo com uma capacidade de sustentar e suspender tanto…

O café que esquenta as minhas mãos na gélida e ventosa manhã não dá conta de acalmar a alma. Então lembro que te tenho, em forma de carta ainda não lida, no bolso esquerdo do peito.

Abro, desamasso para ler melhor, e te imagino em viagem de retorno: uma estrada, o silêncio, acomodado em uma poltrona entre a dúvida de seguir na história de um livro ou contemplar o "cine-estrada". Assim que eu chamava a minha atividade preferida ao viajar de carro com a família. Adorava o momento de grudar o nariz na janela e entrar em uma vida de cinema só minha, imaginando as vidas e acontecimentos em cada cenário que rapidamente se passava à minha frente. Adorava inventar nomes para as pessoas e animais – quem sabe uma tentativa de capturar um pouco daquelas tantas vidas na minha – "É preciso nomear (porque nomear é apreender), disse o Júlio Cortázar (2018) em alguma parte da sua *Valise de Cronópio*. Ao longe, no meu canto do banco de trás do carro, às vezes escutava a voz da minha irmã, que esperava encontrar em mim a poção-anti-tédio-para-uma-viagem-longa-de-carro. "Ei! Conversa comigo!" – agora lembrando dessa cena-síntese, posso muito bem culpá-la de não ter me tornado a escritora ficcional que sempre me imaginei.

Elisandro, me conte: Qual a velocidade da imaginação? Como conseguimos, em um risco de segundos, produzir imagens, emoções,

transportadas pela memória? Como, entre um tempo tão curto de 2, 3 goles de café, eu retornei a tantas estradas?

Lembro de ter lido recentemente que, por termos mais ideias do que palavras para expressar, é que temos a necessidade de alargar as significações que temos da vida ordinária (gosto de pensar que li isso do Ricoeur, acho que combina com ele, mas pode ter sido uma mistura de muitos – e o que não seria, na história da humanidade, uma continuidade narrativa de muitos?).

Meu amigo, também não sei se consigo me fazer compreendida. Talvez seja por isso que eu persiga tanto as consignas certas, no meio de tanta incerteza.

E por falar em incertezas, o que faço com a tua pergunta? "Será que uma aula não seria a produção de uma ausência?" – para engolir e responder esta, não será com um café, na cozinha de um trabalho que tenta ser casa, mas que gosta mesmo é de ser instituição.

Os primeiros ensaios para esta resposta merecem mais do que isto.

Suspiro.

Vou ler um pouco de Clarice antes de uma primeira tentativa.

Abraço e até já.

Marta

Porto Alegre, 11 de agosto de 2025.

Marta,

Demorei no retorno desta escrita. Tua carta chegou, mas foi parar na sessão de cartas extraviadas, como nos conta Herman Melville em seu "Bartleby, o escrivão" que é retomado por Vila-Matas em seu "Bartleby e companhia" para pensar os escritores do não. Quem sabe seja eu um escritor do não. Nas últimas semanas neguei a escrita e o retorno a esse texto. Penso que por um fim anunciado - e um prazo estendido para o envio do texto.

O trabalho com missivas é um trabalho de demora e de tempo. Um trabalho de começos e de recomeços. As cartas demoram a chegar, por vezes perdem-se e o tempo da resposta segue o mesmo ritmo de ralentar o motor. Tempo de pausa. De ruminação.

Minha viagem de volta a Porto Alegre transcorreu bem, fiquei pensando em muitas questões, algumas que perguntadas por ti, outras das demandas do cotidiano e outras ainda do "conversa comigo" das partilhas de quem fica confinado durante doze horas em um veículo. Tuas questões sobre a imaginação me deslocam a tentar uma resposta, na qual fracasso. Não sei ainda dizer sobre a imaginação. Tenho poucos esboços sobre como pensar esse conceito e de como trazer ele para o cotidiano, mas são ainda rastros de um pensamento.

Recentemente Marília Garcia (2025) publicou um livro chamado "Pensar com as mãos". Em um texto inicial chamado "*In media res*" ela nos fala sobre começos, como pequenas faíscas. Diz ela que começos são como encontros, "começar é estender os braços e fazer um gesto com as mãos: vamos? Começar é escolher uma palavra que vai inventar um mundo" (Garcia, 2025, p. 11). Penso que muitos são os mundos inventados quando paramos para pensar - ou imaginar -, quando fazemos essa pequena pausa para tomar café, um entre atendimento, um entre aulas.

Esses momentos, essas faíscas de recomeços podem ser pequenas montagens cotidianas que fazem brilhar princípios de esperança, para lembrarmos nos Ernest Bloch (2005), que podem inventar novos modos de ler o mundo, a palavra e a imaginar uma outra possibilidade de pensar o que estamos a pensar. Começar, recomeçar, retornar, portanto, é um convite ao encontro, ao reencontro, aos recomeços, aos pequenos gestos "feito com as mãos… afinal uma das qualidades de um bom começo é despertar a curiosidade para o que vem depois" (Garcia, 2025, p. 12).

Interessante que a minha primeira carta que falava sobre começos e agora retorno a mesma questão, vou trazer novamente Marília Garcia quando

a escutei esses dias em uma fala realizada na Flip (Festa Literária Internacional de Paraty de 2023), na "mesa 14: alguém telegrafa para o mundo pedindo atenção": "*será que não estou sempre tentando dizer a mesma coisa*. Como fazer para congelar o tempo? Como dizer para cada um que está hoje: Agora ouça, segure esse fio invisível entre a gente, isso é um poema. E ele diz: eu estou aqui para você. O que eu posso tentar fazer é segurar, ou tentar segurar o presente que temos em comum".

Mas sabes que ao sentar para te escrever hoje minha ideia era outra, mas retornei a dizer a mesma coisa, quem sabe para uma (re)afirmação do que sempre dizemos. O que queria te escrever era que hoje dei minha primeira aula do semestre, minha primeira aula em uma disciplina que estou como regente na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nessa aula de hoje falava sobre a ética do encontro, retomei aquele vídeo do Emerson Merhy de uma entrevista realizada em 2013 no Encontro Regional da Rede Unida em Inhotim. Sempre utilizo esse video para dizer desse encontro que estabelecemos - e tu me falaste disso em sua carta. Reproduzo aqui a fala o Merhy, mas tens que ler com a voz dele:

> "Aqui em Inhotim tem uma oportunidade para nós da área da saúde que é poder vivenciar uma aposta bem ousada de que é a arte a céu aberto. E na realidade, a arte a céu aberto é o que acontece conosco todo dia sempre que a gente encontra alguém. Quando a gente encontra alguém, como diz alguns pensadores, a gente encontra uma obra de arte. Porque todos nós, na produção de nossas existências, a gente produz obra de arte. A existência é uma obra de arte. E ela é tão instigante quanto qualquer pintura genial. E aqui em Inhotim a gente tem a oportunidade de conhecer essas linguagens, porque você vai conviver com a produção de uma obra de um pintor, de um escultor a céu aberto ela conversando com você e você conversando com ela. Ela convoca vocês a colocar seu corpo sensível a frente do seu pensamento. Então a obra de arte ela consegue te convocar sensivelmente e ai você pensa depois. Porque quando você chega pensando antes pra ver um quadro você não vê um quadro e você não deixa o quadro te ver. E isso que eu acho que é uma questão

> fundamental na área da saúde, quando a gente está na prática de cuidado e a gente não consegue ver o outro que está nos vendo, a gente faz a mesma coisa. A gente chega com o pensamento antes. A gente chega com um corpo pensamento antes. A gente não chega com um corpo sensível no encontro com o outro que é uma obra de arte pra se expor a isso. E ai a gente não explora esse encontro no que ele tem de riqueza artistica que é a existência de cada um. Quem não conseguir fazer isso na saúde ele sempre fica devendo na prática de cuidado. Porque ele acha que está cuidado de um outro que ele nem sabe quem é esse outro. Essa é a grande aprendizagem dessa vivência que estando tendo aqui em Inhotim".

Na aula de hoje falava de outra fala de uma das mesas da Flip – Festa Literária Internacional de Paraty, mas a que ocorreu a poucos dias atrás em uma mesa chamada "Vide o verso" com as poetas Alice Ruiz, Claudia Roquette-Pinto e Marília Garcia. Escutava as falas ao mesmo tempo em que tentava pensar: como começar? Nesta fala de Alice, Claudia e Marília elas diziam algo sobre a poesia como lugar de intersecção com a música, com a contemplação, com o ensaio. Sobre como ela - a poesia –, pode nos ajudar a pensar o mundo. Diziam algo também sobre a poesia ser um lugar, um espaço, um dispositivo em que a linguagem se escreve no cotidiano. Marília Garcia fala a "gente escreve com as palavras que a gente usa todo dia" e, penso, que a leitura e a escrita são uma aventura da linguagem, como diz Marília. Como então pensar um começo?

Sei que minha carta de hoje é um turbilhão, um vórtice, um redemoinho para pensar com Walter Benjamin e Georges Didi-Huberman (1998). Em uma entrevista de Didi-Huberman para o documentário de Foucault contra ele mesmo, realizado por François Caillat em 2014, nos fala Didi-Huberman que para Benjamin "a origem é o redemoinho no presente em seu momento de vir a ser. Nada mais, mas as implicações são enormes: o rio está se revoltando contra seu próprio curso". A origem, para Benjamin, é um salto. Fico a pensar se um começo não seria como esse saltar. Continua Didi-Huberman dizendo algo que pode te interessar, ao pensar as imagens e a sua questão sobre a

imagem: "Quando trabalhamos com imagens, é claro, estamos interessados nos fenômenos da aparição: o que aparece, o que emerge, o que de repente vem à luz. Na aparição – a emergência – estamos constantemente nos deparando com o que poderíamos chamar de heterocronicidades e anacronicidades, o que significa que, em cada emergência – digamos, o redemoinho no rio – há seixos trazidos da montanha, há o estado do solo aqui, há a configuração do rio neste dado momento que muda repentinamente a orientação da corrente. Temos diferentes níveis de tempo no mesmo momento, e no mesmo local (o que torna o espaço algo "heterotópico"), no mesmo evento".

Na aula de hoje falava sobre um encontro ser esse turbilhão, esse redemoinho que faz emergir coisas. Fico pensando que a potência das cartas está nisso, fazer emergir o que não estamos pensando e que vai conectando-se com memórias a partir do movimento de escrita em ato que fazemos.

Será que isso seria uma narrativa? Uma epístola pode ser um ensaio? A escrita epistolar pode ser uma política da narratividade em educação e saúde?

No redemoinho de pensamentos me despeço conversando com Derrida (2007, p. 9-11) que nos diz: "Quem escreve? Para quem? E para enviar, destinar, expedir o quê? Para que endereço? Sem nenhum desejo de surpreender, e com isso de captar a atenção por meio da obscuridade, devo, pelo que me resta de honestidade, dizer que finalmente não sei".

Abraços.

Elisandro.

Referências

ABREU, Caio Fernando. **Pequenas Epifanias**. Rio de Janeiro: Agir, 2006.

BARTHES, Roland. **Aula**. São Paulo: Cultrix, 2007.

CAMPBELL, Joseph. **O herói de mil faces**. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 2022.

CORTÁZAR, Julio. **Valise de cronópio**. Tradução de Davi Arrigucci Jr. e João Alexandre Barbosa. São Paulo: Perspectiva, 2018.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: 34, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Dois Regimes de Loucos**: textos e entrevistas (1975-1995). São Paulo: Editora 34, 2016.

DERRIDA, Jacques. **O cartão-postal***:* de Sócrates a Freud e além. Trad. Simone Perelson e Ana Valéria Lessa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

DIDI-HUBERMAN, Georges. O que vemos, o que nos olha. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1998.

FOUCAULT contre lui-même. Direção: François Caillat, França, 2014. Disponível em: https://vimeo.com/219513674. Acesso em: 15 mar. 2016.

GARCIA, Marília. Pensar com as mãos. São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2025.

LLANSOL, Maria Gabriela. **Inquérito às Quatro Confidências**: Diário III. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

RICOEUR, Paul. **A metáfora viva**. Tradução de Dion David Macedo. São Paulo: Loyola, 2000.

RODRIGUES, Elisandro; OROFINO, Maria Marta. Correspondências como exercício do pensamento: (Sobre um instante de estar e pensar juntos em tempos obscuros). **Arte ConTexto**: pensar juntos/fazer juntos, Porto Alegre, v. 4, n. 12, 2017.

RODRIGUES, Elisandro. Montagem – por uma escrita em educação. 2020. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2020.

RODRIGUES, Elisandro; SCHULER, Betina. A pele da escrita acadêmica. **Currículo sem fronteiras**, on-line, v. 21, n. 2, p. 653-678, maio/ago. 2021.

RODRIGUES, Leandro Garcia. Afinal, a quem pertence uma carta? **Letrônica,** Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 223-231, 2015.

SOUSA, Edson Luiz Andre de.. **Furos no futuro**: psicanálise e utopia. Porto Alegre: Artes & Ecos, 2022.

VILA-MATAS, Enrique. Montevidéu. Tradução de Júlio Pimentel Pinto. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.

Capítulo 5

Movimentos narrativos de linguagem, saúde e educação: Entre Brasil e Moçambique

André V. Barcellos
Carolina da Nova Cruz
Denise Viuniski da Nova Cruz

O homem é movimento em direção ao mundo e ao seu semelhante.
Movimento de agressividade que gera a sujeição ou a conquista;
Movimento de amor, entrega de si, estágio derradeiro do que se convencionou chamar orientação ética.

frantz fanon

sem palavras não poderíamos ser gente.

micheliny verunschk

cada um fala a língua que pode, e não se entende mesmo assim.

wilson alves-bezerra

quero que o que escrevo seja uma máquina de comover.

micheliny verunschk

Como o desejo, a língua rebenta, se recusa a estar contida dentro de fronteiras.

bell hooks

O convite para a escrita deste texto foi recebido com alegria. É uma oportunidade de compensar, singela, parcial e brevemente, o fato de a tese de doutorado em educação, de Denise Nova Cruz, não ter sido ainda publicada em livro. A tese intitula-se *A potência das narrativas no ensino [e na prática] da clínica médica*.

São motivadas por narrativas as discussões que seguem, em torno da prática médica e da docência. Tendo recentemente trabalhado na África, Denise trouxe de volta na bagagem alguns relatos de cenas em que participou, trechos de livros que a acompanharam na viagem, notas breves, poemas. Entregou esse material à leitura de Carolina Nova Cruz e André V. Barcellos, estudantes de literatura na UFSC[1], com quem mantém laços afetivos – de parentesco, de amizade, de pensamento –, e os convidou para escrever, a seis mãos, um texto em torno desses relatos, reflexos, reflexões.

Sentamos juntos, nós três, para abrir essa bagagem e, durante a leitura conjunta – que já tinha em vista a escrita destinada ao programa de pós-graduação em educação –, notamos que, desde o título e as epígrafes propostos, a questão da prática médica e da docência estava implicando uma questão talvez mais ampla da linguagem, das línguas, das palavras e dos conceitos e da possibilidade de trânsitos e traduções. Tal questão nos pareceu cifrada no verbo *comover*, disposto ambiguamente na afirmação de Verunschk. Pois querer que a escrita seja uma máquina de comover é querer que ela seja, simultaneamente, uma máquina de criar perspectivas, modos particulares de ver, e também uma máquina de comoção, de produção de movimentos em comum. Em *comover*, pareceu-nos instalar-se o paradoxo da linguagem que, por um lado, seria o sinal da diferença irredutível entre os infinitos pontos de vista – provada na proliferação heterogênea das línguas, traduções, interpretações – e que, por outro lado, seria meio de afecção, de passagem de um a outro, de cruzamento de fronteiras, de contato e de contágio, em suma, de criação coletiva de mundos coletivos, de comunidades incessantemente abertas a recriações.

A combinação das epígrafes acima também parece sublinhar esse papel da linguagem, como força criadora de diferenças e de comunidades. Se as

palavras são o que nos possibilita ser gente, ou seja, que sejamos, em comum, em uma língua, a palavra *gente*, ainda assim, nota-se um desentendimento patente na língua que cada um pode falar. O que não impede que leiamos o conceito de *homem* como *movimento* – portanto, de novo, como *comoção* – "em direção ao mundo e ao seu semelhante", conceito que se desdobra na possibilidade de imaginar uma orientação ética, mobilizada pelo amor.

Essas considerações preliminares reverberam no que Denise enfatizou em seus relatos: a dificuldade de cruzar fronteiras, geográficas, linguísticas e culturais, e o problema ético da médica, que pretende exercer sua profissão sem, no entanto, fazer de seu saber um poder, outra vez, colonizador.

Foram tais questões éticas que nos levaram a tentar um texto cujo movimento não apagasse as diferenças e não propusesse um percurso que resultasse logicamente numa conclusão unívoca. Escrevemos de lugares diferentes, através de diferentes lentes oculares para a vida. Por isso, optamos pela conversa que segue, como que projetando, na estrutura do texto, nosso desejo de que as práticas da medicina e da docência, como práticas humanas e de linguagem, possam ser, não a manutenção opressora de conhecimentos pretensamente válidos e aplicáveis universalmente, mas a experimentação criadora de conhecimentos elaborados a cada novo encontro.

***

D.

> África oriental: consultas coletivas, portas abertas. Vejo lá fora as mulheres sentadas no chão, as capulanas coloridas, os pés descalços em havaianas brasileiras muito usadas. No colo, nos peitos, as *muanas*, as crianças. Mamando sem parar, amarradas por outras capulanas coloridas, agarram nas tetas das mães a certeza de que assim é a vida. Elas, sempre muitíssimo mães, eternamente grávidas, filhos-dentro, filhos-fora, como escreveu Mia Couto. Os miúdos mamam e aguardam com seus irmãozinhos e irmãzinhas, todos

> *muanas*. Esperam engatinhando, fazendo xixi sem fralda e brincando com o que há ao redor: pedrinhas, havaianas, o chão de terra pisada.
>
> Eventualmente, fechamos a porta para examinar alguém. Há muitas pessoas na sala quente, janelas com telas para afastar os mosquitos que teimam em picar e transmitir a doença que causa febre, anemia, dor, diarreia, tremor. O agente de saúde encarrega-se de picar os dedos e revelar o teste rápido de malária, invariavelmente positivo, dezenas de vezes por dia. As mães pouco falam, resignadas a pegar a receita do *coarten* e deixar a sala para dar lugar (*akina*!) à próxima *muthiana* que aguarda sua vez.

C.

Vemos uma passagem, ora aberta, ora fechada: as portas abertas da sala que de repente se fecham. E, a sala ainda cheia, os mosquitos realizando uma passagem: a transmissão da doença que faz passar mal. Mas quero perguntar sobre uma passagem anterior: a troca do posto de trabalho, o momento em que disseram "*akina*!", uma médica saiu e outra entrou neste projeto. Poderias falar um pouco da passagem do Líbano a Moçambique?

D.

Em Moçambique, é difícil perceber o que sentem, o que sonham, o que desejam. Nas montanhas do norte do Líbano, trabalhando nas clínicas de doenças crônicas com libaneses e refugiados sírios, em árabe, com ajuda dos intérpretes, me comuniquei melhor. Parecia-me que se expressavam melhor, muitas vezes agressivos, sempre tristes e desesperados, mas falantes: de suas angústias, receios, dores, sintomas, desejos, expectativas e esperanças. Já em Moçambique, o povo macua fala muito pouco,

> parece mudo. Responde sempre com meias palavras e de cabeça baixa. Da sua boca nunca se ouviu injúria, um queixume de fome,

> de sede ou de qualquer outra coisa. No seu rosto não se lê esperança ou desespero. Umas vezes dá impressão de ser feliz e noutras infeliz. Num dia parece ter oito anos e noutro dia parece ter oitenta. Parece homem, parece criança.

Comprei essas palavras de uma moçambicana, a Paulina Chiziane, escritora que procurei para me traduzir Moçambique. Parece-me que o que tenho a dizer da passagem do Líbano a Moçambique, de uma missão à outra, de certo modo também tem a ver com tradução e, frequentemente, com uma passagem interditada, interrompida, talvez impossível.

> A porta fechada impõe-se à paciente que quer, com certa urgência, deixar a sala. Aflita, ela fita a misteriosa engrenagem: não sabe acionar a maçaneta. Antes que alguém grite um comando irritado, me levanto e a encorajo, com um gesto pedagógico de olhar e mão. Uma primeira tentativa não sucede. Tenta empurrar, girar para cima, nada… a porta, teimosa, não se entrega, não abre. Insisto. Não faço o gesto por ela. Quero que aprenda, que saiba manusear o mecanismo e abrir sua passagem para fora da sala. Enfim, demonstro: ela não sorri, não agradece, executa o gesto, abre a porta e sai. *Akina*! A próxima…

Assim como essa maçaneta teimosa, a língua portuguesa (a brasileira e a moçambicana) e o macua, novo para mim, se impõem, não se entregam a uma interpretação definitiva. Muitas vezes, são pura opacidade, paredes sem portas. Por mais que houvesse desejo de transpô-la, de traduzi-la, a língua me olhava de volta, como se dissesse: *"aqui, no passará"*, como se eu fosse "sempre o que esperou que lhe abrissem a porta ao pé de uma parede sem porta",

> E cantou a cantiga do Infinito numa capoeira,
> E ouviu a voz de Deus num poço tapado.
> Crer em mim? Não, nem em nada.[2]

A.

A palavra "passagem" é ampla, infinita como os infinitos movimentos que ela pode significar, inclusive os da linguagem. Quais outras passagens lhe vêm à mente a partir do que acabamos de ler? E pergunto ainda se esse gesto pedagógico, o de *ensinar uma passagem*, acionar a maçaneta, para além de ser análogo à tradução e ao aprendizado de línguas e hábitos, numa sorte de mediação cultural, poderia reverberar também no teu trabalho como médica, no sentido de uma transposição de saberes aprendidos na tua formação e atuação, ou seja, como transmissão de cuidados.

D.

Quanto à primeira questão, surpreendo-me listando diferenças. As passagens pelas quais passei e pelas quais imagino que aquela paciente nunca passará. A primeira porta de elevador que cruzei, as portas giratórias dos bancos, o corte asséptico na minha pele através do qual vi minha filha nascer. A porta do avião que me levou a Moçambique, a portinha do contêiner do alojamento, contraposta à ausência de porta das palhotas. A passagem do português ao inglês, na qual eu transitava diariamente com colegas. E também as passagens que nunca experimentei: a língua macua, os tantos partos, a experiência quase perene de ser passagem, *eternamente grávida, filho-dentro, filho-fora.*

Quanto ao meu trabalho, sim: fui a Moçambique, cuidar de *doenças tropicais negligenciadas*, isto é, doenças endêmicas *nessa* parte do mundo, onde possuem alta incidência. Esquistossomose intestinal e urinária, filariose linfática (elefantíase), malária e sarna. São chamadas de "negligenciadas" pois estão quase ausentes da agenda global de saúde e, embora sejam de fácil reconhecimento e tratamento em determinados cantos do planeta, lá, são dificilmente diagnosticadas, controladas ou erradicadas pelos serviços de saúde

local. Essas doenças têm em comum o fato de serem infecciosas e transmitidas por vetores animais: mosquitos, caracóis que vivem na água, pequenos ácaros nas roupas e palhotas.

Então, como tu supuseste, fui a Moçambique com o intuito de transmitir conhecimentos para interromper a transmissão de doenças, as quais, para outros seres, no entanto, estão ligadas à sua sobrevivência…

A.

Um filósofo apreciado por ti, Nietzsche, nos convida a imaginar essa multiplicidade de perspectivas, dentre as quais, sendo apenas uma delas, se encontra o ser humano, esse "animal astucioso" que, "em algum remoto recanto do universo", teria inventado o conhecimento[3]. Rindo da pretensa universalidade de tal conhecimento, argumentando, ao contrário, no sentido de sua particularidade, Nietzsche nota que apenas pelo próprio humano seu intelecto é tomado de maneira tão patética, "como se os eixos do mundo girassem nele."[4]. E, logo em seguida, observa algo a que esse teu comentário sobre a malária me remeteu mais precisamente:

> Mas, se pudéssemos pôr-nos de acordo com o mosquito, aprenderíamos então que ele também flutua pelo ar com esse *pathos* e sente em si o centro esvoaçante desse mundo.[5]

Quero dizer: seria possível pensar, com Nietzsche, que todos os organismos, assim como nós, são vontade de potência, vontade de crescer, de proliferar, dominar e comandar: cada qual ocupado com sua espécie, com seus aliados, com seus afins. Toda afinidade é parcial. Nesse sentido, à questão de por que erradicar (ou ao menos tentar erradicar) a malária, poderíamos responder, simplesmente, que escolhemos aliados e nos colocamos contra outros… O *bem* e o *mal*, vistos assim, seriam valores particulares, perspectivos…

C.

Entre as coisas levadas à África, estavam teu *bom* e teu *mau*, teu próprio diagrama de contrastes, que pode ou não coincidir com aqueles que tu encontras. No teu, notamos a contraposição *saúde*/*doença*, traduzida em *pele sem sarna*/*pele com sarna*, o *bom* se aproximando de um ideal de saúde e de conforto: a cessação da fome, da sede, da coceira.

Mas acontece que, juntamente à cor da tua pele, levas também a memória dos tantos estrangeiros que chegam carregados de ideais e prometendo a salvação correspondente a esses ideais. Como não fazer das urgências em saúde, educação e acesso às tecnologias, das tão comuns crises humanitárias que emergem dia após dia, um motivo de colonização, uma justificativa de violência? Como não repetir o mote da salvação das almas empregado pelos colonizadores cristãos?

D.

Essa questão me faz lembrar uma cena que anotei:

> Sentados no chão em ângulo reto, costas eretas e pernas estendidas, olhos muito profundos e tristes, aguardam… que cheguemos nos *Land Cruisers*, com nossas caixas plásticas de suprimentos e medicamentos. Parecem ávidos pelas receitas, mas não parecem compreender o que prescrevemos. Explicamos que a malária é transmitida pela picada dos mosquitos, que devem usar a rede mosquiteira à noite, que as febres e a urina com sangue vêm da água contaminada, que bichinhos os invadem pela pele dos pés – repetimos em português e em macua: o *minhoso* (dor para urinar e sangue na urina) é causado por um bichinho que entra pelo pé quando vão aos rios buscar água, tomar banho, lavar a roupa. Continuam a nos olhar, impassíveis. Enquanto insistimos com as instruções para não mergulhar os pés nas águas contaminadas, parecem nos dizer com os olhos: onde buscaremos água, o que calçaremos nos pés?

Quero dizer: ao chegar tranquilamente, como quem não quer nada a não ser "amar e mudar as coisas", como quem não tem interesse

para além de toda a teoria e de toda a prática, de repente me percebo chegando em um *Land Cruiser*, esse carro fabricado em um país oriental e que me parece um símbolo da modernidade ocidental: o vínculo radical entre as navegações europeias, a exploração capitalista e as missões de catequese sob o argumento da salvação, ou seja, o processo de subordinação de outros povos a um sistema que quer cruzar e se sobrepor a toda a Terra.

C.

Como se vê, porém, falha a medicina ocidental diante da precariedade absoluta de "recursos" – água limpa, alimentos, calçados. E este é um dos sinais de que, em geral, falha o homem com H maiúsculo, o Homem ocidental: falha em suas promessas e em cuidar de si, dos outros e do planeta, o que, aliás, atualmente, às vezes o tem feito buscar conhecimentos ancestrais, tribais, indígenas, autóctones, locais, para tentar "adiar o fim do mundo", como diz Ailton Krenak[6], para direcionar nossa energia à construção de um mundo que nos pareça habitável, prazeroso, bonito. Ante a mórbida exaustão da modernidade ocidental capitalista, alguns têm procurado outros mundos possíveis.

A.

Em uma entrevista, Ailton Krenak traça a diferença entre "o pensamento dos índios" e o "pensamento dos brancos". Ele diz que, no "pensamento do índio", não existe o "meio-ambiente", aquele que o homem branco considera seus "recursos naturais":

> 'Meio-ambiente' é o almoxarifado, é um depósito onde você tira. Você tira minério, você tira floresta, você tira água. Você bombeia tudo, exaure. Isso é o 'meio-ambiente'.[7]

Ao contrário, ele observa que, se existe um lugar por onde se

pode transitar, é necessário "pisar nele suavemente, andar com cuidado nele, porque ele está cheio de outras presenças"[8]. Esse entendimento vai contra a ideia de um sujeito (o "homem branco", o "universal") oposto a um mundo de objetos que ele poderia manipular. Tal é a perspectiva criticada por Krenak: a da sociedade que olha "para a terra, o rio e a floresta como mercadoria", a sociedade para a qual os "rios podem virar esgoto, porque eles são vistos só como um corpo de água", e que os polui para, em seguida, ofertar o serviço dos caminhões-pipa[9].

Em suma, o que parece cada vez mais flagrante – também nas tuas pequenas narrativas, íntimas, pessoais – é a violência exercida pela suposta transparência das lentes do conhecimento científico ocidental, o mesmo que transforma a natureza em recurso natural. Contra esse saber pretensamente transparente, deveríamos ser capazes de perceber e assumir que a ideia de um mundo só – como um objeto passível de ser visto por cada um do mesmo modo, a partir das mesmas categorias – é, para dizer o mínimo, irrazoável, delirante.

D.

> A ingênua e ignorante me parece eu! Ignorante de seus dias, de suas noites longas, quentes, nas palhotas minúsculas de pau-a-pique e capim, infestadas de sarnas, onde vivem, dormem, fazem filhos, convivem todos, muitos, sempre juntos, por todas suas vidas (muito mais curtas que as nossas). Ignorante, enquanto vejo, mas não experimento, a distância que percorrem todos os dias para buscar água, catar os gravetos para acender o fogo no chão e cozinhar a *chima*, o amendoim, a matapa com que se alimentam diariamente, sem carne, sem frutos, sem legumes. Farinha, mandioca, milho, amendoim, coco e feijões. E eu, e nós tentando ensiná-los a nutrir os miúdos, argumentando que, se não comem, não crescem, não chegam às escolas e nunca sairão dali, daquela situação.
>
> Ignorante, ingênua, preconceituosa e supersticiosa, eu. Preconceituosa, porque pressuponho que percebo melhor as causas

> e as consequências, a etiologia, o sinal, a doença e suas curas. Não sei, não sabemos, achamos que sim: que, com praziquantel, tratamos esquistossomose e, com ivermectina, a sarna. Mas não, sem água não há possibilidade terapêutica e eles parecem compreender essa verdade. Supersticiosa, porque acredito piamente nas nossas tecnologias médicas e olho com desconfiança para todas as crenças que os habitam, simplesmente porque as desconheço, são distantes demais da minha realidade, das minhas leituras sobre o mundo e, portanto, não acredito nelas: pura superstição ocidental.

Relendo essa nota em voz alta, percebo que, ao me dizer ignorante de seus dias, de suas noites longas e quentes, o que opera é uma ignorância imaginativa e, talvez, preconceituosa. Dizendo que não sei, imagino: e pretendo a perspectiva do outro, falo pelo outro, falo deles e delas. Mas agora, revendo esse encontro entre mundos, desconfio da farsa e me detenho diante da porta. Sei abrir a maçaneta, acionar seu mecanismo, posso até mesmo instruir alguém a fazê-lo: mas pouco sei sobre o caminho aberto por essa porta e muito menos se é melhor atravessá-la ou esperar, imóvel, diante dela. Estou, portanto, imobilizada diante de um problema: como fazer *junto,* unindo perspectivas radicalmente alheias?

Talvez o primeiro passo seja reconhecer os limites de minha própria cultura: abrir mão da ideia de que a minha perspectiva – fundada no objetivismo, na ciência moderna – seria mais ampla do que outras e, por isso, capaz de reduzi-las, rebatê-las, descartá-las.

Quando enxergo minha perspectiva – o que valorizo, o que recuso –, escolho um caminho: seguir trabalhando com Medicina – combatendo vetores de doenças, receitando remédios, indicando condutas –, mas com uma postura crítica ao cientificismo moderno, que objetifica o mundo.

Em oposição à velocidade do avião que me levou a Moçambique, desloquei muito lentamente, a conta-gotas, alguns pensamentos e

práticas. Contrariando aquela formulação de que "viajar serve para ampliar os horizontes", essa viagem me fez reconhecer a pequenez da minha perspectiva, me propôs o cultivo de minha localidade particular como um modo de resistir ao universalismo predatório, ao olho gigantesco que o Homem com H maiúsculo colocou no mundo, um olho que crê na ilusão de que pode ver tudo, como se sua visão não fosse também situada.

A prática médica – que, durante a pós-graduação em educação, me perguntei como ensinar –, é um cruzamento de olhares distintos. Toda consulta clínica se baseia num encontro entre os que contam suas histórias – queixas, dores e temores, alegrias e desejos – e aqueles que as escutam, tratam de buscar sentido naquilo que são capazes de apreender. A partir daí, acontece o raciocínio clínico: hipóteses diagnósticas são construídas e planos de tratamento imaginados, compartilhados e colocados em ação. Não existe consulta clínica sem alguém que narra e outro que escuta. O que deriva desse encontro é uma outra narrativa, compartilhada por médico e paciente.

Como construir encontros alegres entre as pessoas? Como tentei definir em minha tese, com uma leitura de Espinosa na companhia de Deleuze, "encontros alegres provocam variações positivas na potência de agir e na força de existir. Encontros tristes, ao contrário, diminuem tais potências."[10]. Para mim, essa é uma questão pedagógica e clínica.

C.

Construir encontros alegres parece ter a ver com algo que vens fazendo desde que começaste a clinicar e a ensinar. É algo diário, cotidiano, sutil. E, desdobrando interesses que já se apresentavam na dissertação[11], a tua tese – em torno da *potência das narrativas no ensino [e na prática] da clínica médica* – juntamente à teorização da Medicina Narrativa e da cunhagem do conceito de Narrativa-Afeto, se fez como

um mosaico desses encontros que vinham te constituindo.

Por outro lado, o que tu relatas da viagem à África enfatiza a dificuldade do encontro e da construção compartilhada de narrativas, quando os sujeitos em questão habitam realidades gritantemente, silenciosamente diferentes e mesmo a comunicação mais instrumental parece quase interditada. Enquanto a tese partia de uma escuta de narrativas alheias, em tua língua cotidiana, para transformá-las em texto escrito de memória, em tua experiência na África, o próprio gesto de escuta sofreu uma transformação: não apenas não compreendias o macua, como pouco o escutavas, porque pouco eles te dirigiam a palavra.

E agora, tendo voltado dessa missão, revolvendo tuas notas, outra questão se coloca: o que fazer dessas narrativas, como trabalhar esses encontros na linguagem de maneira que eles sigam proliferando alegria, aumentando a potência de agir e a força de existir? E, como dissemos anteriormente, como fazê-lo na contramão da colonização, ou seja, sem falar *pelo* outro…?

A.

Creio que não se trata exatamente de uma resposta, mas de um possível desdobramento dessa questão, uma leitura que Alexandre Nodari faz do *Macunaíma* de Mário de Andrade, em que ele afirma: "A história da colonização, da invasão branca dos mundos indígenas" é "história de um mau encontro"[12].

Macunaíma é uma aventura por narrativas indígenas, africanas, urbanas, na qual o protagonista indígena, no Brasil dos anos 1920, entre outros movimentos, experimenta modos de *virar branco.* Para Nodari, seria possível ler, nessa narrativa, um Grande mito: o da formação de uma unidade nacional, apoiada no desaparecimento da multiplicidade de línguas, culturas, vidas indígenas. Mas seria também possível uma

leitura que dá a ver uma série de mitos menores que não se apagam por coexistirem com o mito maior, uma leitura a partir do conceito de *sobredeterminação*: a literatura seria sobredeterminada por diversos regimes discursivos – no caso de *Macunaíma*, por dois "regimes enunciativos e imaginativos distintos: o ocidental e o ameríndio."[13]. O termo *sobredeterminação*, vindo de Freud, tem sido mobilizado por estudiosos da literatura para pensar que, num texto, um único elemento pode ser determinado por diferentes leis (por diferentes mundos, por diferentes visões de mundo) e, portanto, não se reduzir a nenhuma delas. Visto deste modo, um texto pode ser lido em oposição não apenas à intenção do autor, mas excedendo também a própria visão de mundo em que convencionalmente é inserido. Por essa via, ouvem-se, no *Macunaíma* de Mário de Andrade, as vozes indígenas que, nele, atuam sem cessar.

Digo isso para chegar à seguinte passagem que – por me parecer muito afim, não só à tua tese, mas também ao trabalho com essas narrativas de Moçambique – gostaria de tomar emprestada como uma resposta possível à pergunta sobre como e por que revirar essa bagagem narrativa, por onde pensá-la de maneira potente e na contramão da colonização. Referindo-se à chance de "transformar (virar) o mau encontro em possibilidades de bons encontros capazes de nos outrarem", no interior da leitura de uma obra canônica como *Macunaíma*, Nodari afirma que, "para tanto",

> seria preciso ler a história a contrapelo, ler a estória a contrapelo, ler o mito a contrapelo, ver, por baixo do mau encontro, a multiplicidade de possíveis bons encontros outros, de outros modos possíveis de encontros, e nos guiarmos pela "história dos vencidos" (pelas estórias vencidas, pelas outras formas de contar estórias) que não cessam de ainda hoje resistir, pelo "brilho bonito porém inútil" de todos esses parentes que formam a constelação do que podemos ser.[14]

C.

Poderíamos retornar à pergunta – que instigou a entrada da leitura de *Macunaíma* como uma conversa entre mundos, modos de vida –, para tentar respondê-la, desta vez, com a perspectiva de uma educadora, a bell hooks.

O que fazer dessas narrativas que Denise trouxe da África? Como, a partir desses encontros, construir algo juntos?

Ensinando a transgredir, um dos livros de bell hooks sobre educação, tem inspirado minha prática docente e foi também inspiração para a escrita deste texto em seis mãos. Ela escolheu publicar, como capítulo dedicado à construção de uma "comunidade pedagógica", um *diálogo* com Ron Scopp, "filósofo, camarada e amigo branco do sexo masculino"[15]. Para introduzir tal conversa, diz que

> A prática do diálogo é um dos meios mais simples com que nós, como professores, acadêmicos e pensadores críticos, podemos começar a cruzar fronteiras, as barreiras que podem ou não ser erguidas pela raça, pelo gênero, pela classe social, pela reputação profissional e por um sem-número de outras diferenças.[16]

O diálogo, a entrevista clínica, a presença de alguém que narra e de alguém que escuta, era algo afirmado pela atuação de Denise – como médica e docente –, sobre a qual vínhamos conversando, até que, em Moçambique, ela se deparou com algumas portas fechadas, diante das quais seguiu fazendo ou tentando fazer o que conhecia, sendo lentamente contaminada por outras perspectivas, sua linguagem se cruzando com outras.

D.

Não por acaso, de volta ao Brasil, procurei outros cruzamentos: apresentar o que ouvi e novamente me alimentar de histórias.

O diálogo entre bell hooks e Ron Scopp ensina dois movimentos

distintos, igualmente importantes. O primeiro deles aparece logo nas primeiras palavras de hooks, afirmando que "todos os atos de cruzar fronteiras devem ser vistos como válidos e legítimos", pois o risco que apresentam é, para ela, menor do que o perigo de apegar-se às estruturas dominantes, profundamente dolorosas e degradantes para uma enorme parte da população.

Scopp, em seguida, chama a atenção para a figura do professor – e dele próprio – como um sujeito histórico, um corpo entre outros na sala de aula. Ele frisa a importância de reconhecer tal presença corpórea do professor, como modo de desconstruir convenções de poder em sala de aula, responsáveis por negar subjetividade a determinados grupos, garantindo-a a outros. Ele diz:

> A noção tradicional de estar em sala de aula é a de um professor atrás de uma escrivaninha ou em pé em frente à classe, imobilizado. Estranhamente, isso lembra o corpo de um conhecimento firme e imóvel que integra a imutabilidade da própria verdade.[17]

Clinicar e ensinar é reconhecer diferenças. De perspectivas, de papéis, de poder. E é também jogar com elas para fazer cruzar os mundos, curar as feridas, cuidar-se em conjunto, ocupar-se de si e dos outros. Talvez seja fácil cruzar fronteiras entre ensino e prática, linguagem e medicina, limites que talvez nunca tenham se consolidado de fato. Mas nem sempre é tão simples fazer convergir diferentes mundos na direção de algo comum – aquilo que bell hooks chamaria "comunidade de aprendizagem". A ideia de que pessoas diferentes, por algum tempo que lhes caiba, possam partilhar conhecimento, em busca da liberdade, para ela, tem um sentido bastante específico e revolucionário: a mirada crítica em relação às estruturas de dominação, o desejo e a força de transformar o mundo. Note-se, no entanto, a seguinte ressalva:

> E não estou tentando dizer que aqui somos todos iguais. Estou tentando dizer que somos todos iguais na medida em que estamos

> todos igualmente comprometidos com a criação de um contexto de aprendizado.[18]

Propondo a criação de uma "estrutura de educação em que todos pudessem mudar", hooks valoriza os deslocamentos de todos – profissionais e estudantes – como um modo de conservar o entusiasmo, que só pode ser um esforço coletivo. Ela convida a abandonar a ideia de que "o professor, pela simples força de sua vontade e de seu desejo, é capaz de fazer da sala de aula uma comunidade de aprendizado entusiasmada".[19] E, mesmo ciente disso, aposta na educação e na alegria de pensá-la e praticá-la, abreviando o que talvez seja a principal ideia que vincula os pensamentos que trouxemos até aqui:

> Para lecionar [e penso que poderíamos dizer *clinicar*] em comunidades diversas, precisamos mudar não só os paradigmas, mas também o modo como pensamos, escrevemos e falamos. A voz engajada não pode ser fixa e absoluta. Deve estar sempre mudando, sempre em diálogo com o mundo fora dela.[20]

***

> Agora, África, amo o que vejo e sinto. Adoro os pés descalços. As meias aleatórias. Amo as sandálias havaianas, ímpares. Os chinelos semi-destruídos cor-de-rosa em pés de moleques. Amo os moleques e as miúdas e seus brinquedos feitos à mão, seus carrinhos engenhosos, as bolas rasgadas e remendadas. Adoro o som dos batuques à tardinha que vem da igreja de Deus enquanto a mesquita clama Allah com sotaque português. Amo o ritmo das palmas, quadris, braços, bundas, pés e pernas que dançam. Os sorrisos surreais, os olhos de bolita. Os olhares profundos e penetrantes das *muanas* e o esguelho das *muthianas*. Os cabelos que se transformam várias vezes na semana. As miçangas. Os cortes semanais cuidadosos dos homens jovens. As cores! Das capulanas, do céu, do sol, das terras, tudo é colorido, sempre ao redor.

Referências

CLASTRES, Pierre. "Liberdade, Mau Encontro, Inominável". *In*: BOÉTIE, Etienne de la. Discurso da servidão voluntária. Edição bilíngue, com comentários de Claude Lefort, Pierre Clastres e Marilena Chauí. Tradução de Laymert Garcia dos Santos. São Paulo: Brasiliense, 1982, pp. 109-123.

HOOKS, bell. *Ensinando a transgredir: a educação como prática de liberdade.* Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo.* São Paulo: Companhia das Letras, 2020

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *Sobre verdade e mentira no sentido extra-moral.* Hedra, 2007.

NODARI, Alexandre. *A metamorfologia de Macunaíma: notas iniciais.* Revista Crítica Cultural, v. 15, n. 1, p. 41-67, 2020.

NOVA CRUZ, D. V. *A potência das narrativas no ensino e na prática da clínica médica.* Tese de doutorado em educação. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí: 2015, p. 178.

_____. *Ensino de medicina baseado em Afetividade: A filosofia de Espinosa na educação médica.* Dissertação de mestrado em educação. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí: 2009.

---

[1] Carolina é mestra pelo programa de pós-graduação em Literatura da UFSC, o mesmo em que André é doutor pelo mesmo programa.

[2] CAMPOS, Álvaro de. "Tabacaria". Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action&co_obra=16598.

Acesso 10/11/2023.

[3] NIETZSCHE, Friedrich. *Sobre verdade e mentira*. Organização e tradução de Fernando de Moraes Barros. São Paulo: Hedra, 2007, p. 25.

[4] Ibidem, p. 25-26.

[5] Ibidem, p. 26.

[6] Krenak conta sobre o dia em que proferiu a conhecida palestra sobre "ideias para adiar o fim do mundo", na UNB:

> No dia seguinte estava chovendo, e eu pensei: "Que ótimo, não vai aparecer ninguém". Mas, para minha surpresa, o auditório estava lotado. Perguntei: "Mas todo esse pessoal está no mestrado?". Meus amigos disseram: "Que nada, alunos do campus todo estão aqui querendo saber essa história de adiar o fim do mundo". Eu respondi: "Eu também".

Mas, proximamente a esse comentário, reconhece:

> Em 2018, quando estávamos na iminência de ser assaltados por uma situação nova no Brasil, me perguntaram: "Como os índios vão fazer diante disso tudo?". Eu falei: "Tem quinhentos anos que os índios estão resistindo, eu estou preocupado é com os brancos, como que vão fazer para escapar dessa". A gente resistiu expandindo a nossa subjetividade, não aceitando essa ideia de que nós somos todos iguais. Ainda existem aproximadamente 250 etnias que querem ser diferentes umas das outras no Brasil, que falam mais de 150 línguas e dialetos.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo.* São Paulo: Companhia das Letras, 2020, p. 15.

[7] A entrevista pode ser encontrada através do link: https://medium.com/ormando/ailton-krenak-fala-sobre-recursos-naturais-e-sustentabilidade-4d23bf074456. Acesso 10/11/2023.

[8] *Ibidem*.

[9] A fala de Ailton Krenak se encontra através do link:

https://www.ihu.unisinos.br/categorias/186-noticias-2017/573427-um-grito-na-paisagem-entrevista-com-ailton-krenak. Acesso 10/11/2023.

[10] NOVA CRUZ, D. V. *A potência das narrativas no ensino e na prática da clínica médica.* Tese de doutorado em educação. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí: 2015, p. 178.

[11] Cf. *Idem. Ensino de medicina baseado em Afetividade: A filosofia de Espinosa na educação médica.* Dissertação de mestrado em educação. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí: 2009.

[12] Nodari remete "mau encontro" à ideia de La Boétie, lida por Pierre Clastres.

[13] NODARI, Alexandre. A metamorfologia de Macunaíma: notas iniciais. *Revista Crítica Cultural*, v. 15, n. 1, p. 41-67, 2020, p. 57.

[14] *Ibidem*, p. 45.

[15] HOOKS, bell. *Ensinando a transgredir: A educação como prática da liberdade.* Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2017, p. 175.

[16] *Ibidem*, p. 174.

[17] *Ibidem*, p. 184.

[18] *Ibidem*, pp. 204-205.

[19] *Ibidem*, p. 19.

[20] *Ibidem*, p. 22. Colchetes nossos.

Capítulo 6

Narrativa do Óbvio: imaginação e memória-território por uma política de narratividade no campo da atenção psicossocial

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Cristian da Cruz Chiabotto
Márcio Fransen Pereira

Introdução

O que ainda precisa ser dito sobre o cuidado em rede? E mesmo nos espaços já existentes – de reuniões, de cuidado e na rua – o que ainda necessita ser trazido à palavra? O presente ensaio é efeito da polifonia das vozes que se encontram para colocar em questão alguns pontos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Atenção Psicossocial num contexto-tempo em que os desafios do cuidado em liberdade se veem acirrados por um cenário sociopolítico e epistêmico de profundas desigualdades e opressões variadas. Essas vozes se encontram pela primeira vez em uma mesa de discussão[3] acerca do óbvio – que precisa ser dito – na atenção psicossocial.

3 A mesa referenciada diz respeito ao seminário "Caminhos da Reforma Psiquiátrica" realizado em Novo Hamburgo no Rio Grande do Sul, maio de 2025, em que os autores estiveram presentes como painelistas.

Apontamos para uma política do pensar e agir em saúde no encontro entre caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica, desde uma perspectiva da imaginação e da escuta das narrativas dos territórios-memória até suas forças que compõem o fazer cotidiano no campo da atenção psicossocial. As reflexões se situam nas tensões em torno das disputas de um modelo de cuidado em saúde mental como campos de força em torno da possibilidade de imaginação como ferramenta clínico-política, e logo, na narração.

A clínica da atenção psicossocial, com todas as suas complexidades próprias de um campo em constante movimento, contribui para os sentidos e usos das narrativas no âmbito da Saúde Coletiva. Sua trajetória evidencia que a abertura à diferença, tal como se expressa na experiência da loucura, é, sobretudo, uma abertura à possibilidade de acompanhar distintos modos de narrar e habitar o mundo. As contribuições presentes neste ensaio também apontam pistas para o trabalho com as narrativas no campo da Atenção Psicossocial, tomando as dimensões clínico-políticas no campo da Reforma Psiquiátrica como categorias analíticas para uma prática de trabalho indissociável da produção de conhecimento e pesquisa em saúde.

A direção metodológica da cartografia (Passos e Barros, 2015) reivindica a inseparabilidade entre conhecer e intervir, destacando, portanto, um fazer imbricado com a produção de conhecimento. Tomamos como bússola a afirmação de que é *do* e *no* campo do fazer cotidiano no trabalho em saúde mental que podem emergir elementos para a investigação dos usos das narrativas no campo da atenção psicossocial. Tomamos como categorias analíticas da narratividade: 1) o excesso de realidade e o limite da imaginação, 2) o território-memória e pagamentos históricos e 3) o trabalho em saúde mental como experiência subjetiva. Entrelaçando nestes marcos possibilidades epistêmicas na produção de saberes e fazeres em saúde mental, a pluralidade de vozes que ressoam no encontro com a atenção psicossocial – usuários, trabalhadores, pesquisadores e militantes – modulam e modelam as condições de uma variabilidade de outras narratividades.

1. O excesso de realidade e o limite da imaginação

É, talvez
a sua imaginação
esteja tão limitada por problemas reais
(Dinossauros, Dingo Bells)

Há uma necessidade de viver um reajuste de questões da própria limitação da imaginação e do excesso de realidade. Aparentemente, no começo do século XXI, tudo parece diagnosticável, rotulável e codificável. Uma realidade que se impõe com muita força. Na saúde parece sobrar pouco espaço realmente para se imaginar. E, de alguma maneira, na história da loucura há muitos autores, pensadores e militantes que nos ajudam a sair dessa herança punitiva da ausência de imaginação. De uma morte social, para encampar outras ideias e criações.

Com a ascensão do neoliberalismo – esse capitalismo em sua face pulverizada na vida cotidiana e produtor de subjetividades – o fim da narrativa que abre espaço às histórias roteirizadas que caibam na aceleração lucrativa do tempo (Benjamin, 2020) se expressa na impossibilidade de experimentação de territórios existenciais e na morte deliberada da capacidade de imaginar. Imaginação, como condição do narrar, rompe qualquer pretensão de homogeneização da experiência ou a redução do que há de mais singular: o sujeito e seus processos de subjetivação. A limitação dessa capacidade imaginativa, neste contexto, significa a impossibilidade de derivação de modos de habitar o mundo e de inventar outros mundos diante dos escombros de um modelo sociopolítico que fabrica vulnerabilizações das mais variadas e, paradoxalmente, as converte em problemas a serem eliminados.

É uma herança de uma lógica de contenção, de punição, de vigilância ainda presente. Mesmo depois da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda se enfrenta resquícios dessas punições. As internações involuntárias, muitas vezes

sustentadas por discursos de proteção, ou ainda a medicalização da vida, tomada como substituto do cuidado. De algum modo, uma "autopsia social" (Teixeira, 2018) é necessária para analisar a questão da morte social de pessoas que ainda vivem sob essa égide de uma existência social encerrada, fechada. Como se fossem vidas dispensáveis, vidas que vivem em uma precariedade muito grande. Pessoas em situação de rua, pessoas negras, pessoas trans, pobres que vão se confluindo com a concepção do diagnóstico crônico da nossa própria doença social.

Essas vidas precárias ontologicamente pela condição própria de desamparo do humano e precarizadas quando vulnerabilizadas pelas estruturas políticas, econômicas e sociais (Butler, 2019) são enquadradas e moduladas na invisibilidade e marginalidade, na impossibilidade de acessar a vida em suas dimensões culturais, simbólicas e imaginativas, reduzindo a existência ao mero sobreviver. Qual a possibilidade de imaginar quando é necessário lutar pelas suas condições mais básicas? Qual espaço para invenção de outros mundos enquanto este que se habita mutila o corpo através da fome, da violência e da miserabilidade? Essa interdição da imaginação pela necessidade de sobrevivência evidencia aquilo que Agamben (2010) compreende enquanto redução da vida qualificada e participativa na polis (*bios*) à vida meramente biológica (*zoé*), ou seja, uma vida nua. Aqui impera o excesso de realidade, a corrida por manter vivo um corpo que é constantemente atacado pelas políticas de mortificação.

Um viver despido e desprovido de cidadania e de dignidade, chega à atenção psicossocial na forma das diversas modalidades de sofrimento que, sobretudo, expressam a busca pela possibilidade de experimentar a vida qualificada, participar de uma imaginação coletiva e ocupar um lugar no *socius* que não esteja restrito às margens. O trabalho no campo da atenção psicossocial deve orientar-se para a abertura da capacidade imaginativa como restituição de uma vida qualificada. O oposto disso é a construção de um "rótulo" patológico, isto é, a redução do sujeito ao sintoma e à doença, o que acaba por cristalizar sua precariedade no mundo a partir de uma lógica do

desajustamento. As estratégias de continuidade dos dispositivos biopolíticos de despossessão da vida contidas nos gestos de medicalização, contenção e hierarquização espreitam as práticas clínicas e institucionais e tensionam a reprodução das políticas de paralisia da imaginação. O que contemos quando a crise desponta? O que silenciamos quando o psicotrópico toma frente? Parece ser a possibilidade de imaginar – mesmo que pelos delírios e alucinações – aquilo que se coloca como objeto do apagamento.

Estamos diante de uma marcha anti-imaginação empregada por tecnologias de poder-saber que permitem esvaziar os sentidos de uma existência comum e de modos de vida inventivos. A criação como ato imaginativo coloca-se à serviço da performance do "empresário de si", onde qualquer possibilidade de invenção deve ser reduzida ao utilitarismo do capital e às trocas mercadológicas. Sujeitos deprimidos que chegam nos serviços de saúde mental esvaziados de sua capacidade imaginativa e vampirizados pelas forças do realismo capitalista, muitas vezes são conduzidos ao duplo apagamento da imaginação: sofre-se pela perda da capacidade inventiva e perde-se os resquícios dessa capacidade ao enquadrar o sofrimento no circuito patológico-medicamentoso. Questionamo-nos se ainda somos capazes e quais as ferramentas podemos lançar mão para enfrentar a paralisia da imaginação e seus tentáculos que assombram os serviços de atenção psicossocial. Para isto, parece ser necessário uma retomada do óbvio, aquilo que constituiu as bases do campo da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental, a saber, o enfrentamento contundente de todas as formas de aprisionamento e manicomialidade e a afirmação radical da liberdade, diferença e autodeterminação dos sujeitos em seus processos de saúde-doença.

Na afirmação desse óbvio da atenção psicossocial nos deparamos com uma rede substitutiva ao manicômio que só pode existir enquanto tal pelo exercício da imaginação de uma vida qualificada e livre das amarras dos manicômios. O nascimento dessa outra clínica - ampliada, territorializada, inventiva e colorida – se fez possível na medida em que àqueles trabalhadores e

usuários militantes da Reforma Psiquiátrica nos seus primórdios, sustentaram a necessidade de abraçar o delírio, a alucinação, o aberrante, o desajustado e o bagunçado da loucura. Lembremos de Nise da Silveira e sua atitude brincante diante do manicômio: *"meu instrumento é o pincel, o seu é o picador de gelo"* (Nise – O coração da loucura, 2015). Ao retomarmos o Manifesto de Bauru e os princípios contidos nos primeiros exercícios de uma luta antimanicomial na construção de uma rede substitutiva, deparamo-nos com essa proposição inventiva e imaginativa de uma vida longe das opressões na criação de espaços de liberdade e de encontro com aquilo que há de mais disruptivo no humano.

Nessa direção, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como outros equipamentos oriundos dessa luta por uma vida imaginativa na pólis, foram concebidos como espaços de invenção da vida e de escuta sensível dos gestos aberrantes da loucura, nos quais se reconhece uma imaginação radical de outros mundos frente de uma realidade excessiva e solapante dos territórios existenciais. O "louco" antes preso, no CAPS pode vir a ser artista, a "mulher histérica" antes silenciada, pode encontrar eco naquilo que grita, o "drogado" estilhaçado pela violência generalizada das instituições em seu corpo, pode encontrar lugar para ampliar suas estratégias de cuidado para além da sobrevivência. O comum destes processos de visibilidade da diferença é a possibilidade de narrar a si em uma dimensão de *parresía*, compreendida por Foucault (2010) como a franqueza e a coragem de dizer tudo, apesar de qualquer risco. Na atenção psicossocial essa *parresía* dos sujeitos advém da possibilidade da expressão dos mais recônditos vetores de expressão das subjetividades, ali onde a crise e o colapso ganham espaço e podem ser agentes de mobilização de novas formas de estar no mundo.

Isto posto, trata-se de apontar, ainda que como pista, a relevância - o óbvio - de uma clínica da atenção psicossocial engajada com a multiplicidade de formas em que a vida pode se apresentar, configurando-se como uma clínica na e pela imaginação de mundos possíveis. Embora possa soar redundante, a afirmação da dimensão inventiva que constitui o campo da atenção psicossocial desde suas bases

fundantes encontra-se, não raro, apagada ou afastada de sua potência imaginativa. Isso deve-se ao fato do caráter processual e inacabado da Reforma Psiquiátrica (Fonseca, 2007) que se encontra inserida em uma permanente tensão e disputa de modelos de cuidado e concepções acerca da loucura no *sócius.* Pressionada pelas políticas de morte da imaginação – neoliberais, empreendedoras, massificantes e homogeneizantes dos sujeitos – a atenção psicossocial vive um permanente pêndulo entre agir com sua potência de criação ético-política ou reproduzir a precariedade de uma vida adormecida e nua. Tomemos, portanto, o que chamamos de "território-memória" na compreensão da tarefa inventiva da clínica da atenção psicossocial e a disputa com os pagamentos históricos que circundam o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2. Território-memória e apagamentos históricos

"E aquilo que nesse momento se revelará aos povos
Surpreenderá a todos, não por ser exótico
Mas pelo fato de poder ter sempre estado oculto
Quando terá sido o óbvio"
(Um índio, Caetano Veloso)

As cidades e seus bairros estão em constante reconstrução. O território não é neutro: é vivo, dinâmico e em movimento. Constitui-se como espaço de disputa e de visibilidade, mas também de memória e de permanência. Ocupar os espaços da cidade abre a possibilidade de pensar o próprio território. Quais histórias ali habitam e ainda precisam de espaço para serem narradas? A noção de história, tempo e cuidado pode ser continuamente posta em análise. Mas, e as histórias de vidas que não foram registradas? As histórias que permanecem no território, silenciadas, invisíveis? E quantas práticas de cuidado foram apagadas por não se encaixarem na lógica biomédica? De certo modo, o trabalho em saúde mental abre brechas para a inventividade, possibilitando outras formas

de pensar e agir em saúde. Não por acaso, somos também efeito dessas brechas: autores atravessados por esse campo de encontros, cuja aproximação se deu no cotidiano da saúde mental, onde fissuras do instituído se converteram em espaço de encontro, de voz e de escrita sobre o processo de trabalho.

A concepção de território a partir da qual situamos essas tensões inspira-se em Milton Santos (2017), que propõe pensar o espaço geográfico para além de suas características físicas, reconhecendo-o como instância dotada de vida e movimento. Nesta perspectiva, o território é compreendido como espaço vivido e apropriado nas interações com múltiplas práticas sociais e políticas que nele se inscrevem, revelando a diversidade de existências e modos de vida que emergem do encontro entre o espaço físico, as práticas culturais e as relações sociais. Assim, o território constitui-se como o enlace entre sujeitos e os vetores que compõem os modos de subjetivação produzidos na relação entre a vida e a cidade.

O ponto de partida é a liberdade. Essa, contudo, não se apresenta de forma única e hegemônica; ao contrário, é objeto de disputas. A própria noção de liberdade, assim como de cuidado, é tensionada por uma concepção centrada na lógica biomédica, que privilegia a padronização, os protocolos e, em linhas gerais, um modo de controle da vida. Ao mobilizarmos a noção de território-memória, buscamos aproximar-nos das experiências de produção de subjetividade e saúde mental em espaços historicamente invisíveis e invisibilizados pelos dispositivos de poder e governamentalidade. A colonialidade (Maldonado-Torres, 2020) opera como dispositivo de destituição do estatuto de existência de sujeitos racializados, permanecendo como política de Estado desde as fundações do território brasileiro, estruturadas pela lógica da invasão, da dominação e da posse. Nesse cálculo colonial, o sujeito racializado - negro e indígena - ocupa aquilo que Fanon (2020) denomina "zona do não-ser": a impossibilidade de uma existência plena no circuito social e político. Nesse contexto, o apagamento da memória atua como ferramenta de paralisação e de destituição da potência da vida.

A memória constitui uma dimensão coletiva de elaboração dos sofrimentos sócio-políticos que incidem sobre os sujeitos racializados da história, marcados por sucessivas tentativas de apagamento político, cultural e epistêmico. As estratégias de embranquecimento, enquanto ferramentas de dominação e exploração voltadas à acumulação colonial-capitalista, recorreram também aos dispositivos manicomiais como instrumentos de limpeza étnica, higienização dos espaços públicos e práticas eugênicas (Costa, 2006). Esse aspecto colonial de nossa história, especialmente evidente nas políticas de assistência em saúde mental, revela como tais práticas foram historicamente mobilizadas para a higienização étnico-racial no Brasil. Trata-se de um dos apagamentos que atravessaram inclusive os trinta anos da Reforma Psiquiátrica (Passos, 2018), expondo uma dívida ainda em aberto: a da memória daqueles que carregam, no corpo, a marca da loucura inscrita na cor da pele.

Na lógica colonizatória, tudo o que rompe com a pretensa universalidade da hegemonia branca e asséptica desestabiliza as políticas de dominação. Não por acaso, tal racionalidade se articula às políticas manicomiais, ambas expressões de uma mesma moeda. É sob essa matriz colonial que se patologiza, encarcera e exclui tudo aquilo que escapa à norma branca, cisheterossexual e cristã: negros, indígenas, mulheres, crianças, pessoas com deficiência, LGBTQIAPN+, entre tantos outros. Produzir território-memória significa, portanto, acompanhar e visibilizar as estratégias de resistência e sobrevivência tecidas por essas populações colonizadas e historicamente submetidas a políticas de apagamento da imaginação.

A noção de aquilombamento (David, 2023), no campo da saúde mental, coloca em perspectiva possibilidades de resistência e de tessitura de vidas inventivas e imaginativas em meio à destituição colonial. O quilombo, enquanto experiência histórica no Brasil, expressa a fuga das amarras coloniais e a invenção de outra sociabilidade, marcada pela radicalidade democrática e pela abertura às diferenças, compondo modos de vida diversos, solidários e intrinsecamente vinculados ao território vivo.

Lançamos mão do aquilombamento como operador de tensionamentos no interior das políticas de atenção psicossocial, indicando aquilo que irrompe de fora, que opera nas margens e produz vivacidade. O território-memória atua, assim, como agente mobilizador de cuidados outros, como transbordamento dos protocolos e ruptura com a lógica de reprodução do encarceramento. É preciso abrir as janelas e reconhecer os quilombos que se produzem nos territórios, ir ao encontro das estratégias de resistência, imaginação e saúde mental que os equipamentos formais de saúde não conseguem conter. Trata-se, aqui, de vislumbrar o extramuros como uma narrativa do óbvio na atenção psicossocial: ativar a radicalidade da desinstitucionalização e atravessar os instituídos que se erguem nas paredes dos serviços de saúde enquanto braços do Estado. Analisar as narrativas dos territórios existenciais permite, portanto, abrir espaço para a imaginação e a invenção que emergem das próprias condições narrativas.

3. O trabalho em saúde mental como experiência subjetiva: uma política de narratividade na atenção psicossocial

Debaixo d'água protegido salvo fora de perigo
Aliviado sem perdão e sem pecado
Sem fome sem frio sem medo sem vontade de voltar
(Debaixo d'água, Arnaldo Antunes)

O trabalho de saúde mental é, antes de tudo, uma experiência subjetiva. Ao se sustentar no encontro entre clínica e política, entre histórias e afetos, entre arquivos e narrativas. Essa indissociabilidade produz um campo que não se reduz de sintomas ou à administração de recursos, mas que se abre como todo um espaço de invenção de modos de vida. É através disto que temos uma paisagem que se inscreve na ideia de uma política da narratividade na atenção

psicossocial: produzir saúde é também escutar, falar e compartilhar histórias – elemento lógico de enfrentamento de invisibilidades.

A saúde mental produz encontros muito particulares e que questionam as diferentes lógicas de controle. E o trabalho de saúde mental, de alguma forma, é um campo que trama questões políticas culturais, subjetivas, afetivas, e por isso existe um reconhecimento nos encontros em grupos que operam pelas palavras e gestos. São os afetos que nos aproximam. É uma necessidade de um trabalho ético-político costurado com a clínica. Porque a clínica não é só técnica. Ela não dá conta de tudo. Tem-se a premissa que a clínica recebe a interferência política e a política também recebe a interferência da clínica, por isso, há uma inseparabilidade entre ambas, embora em muitos espaços se tentativas de dissociar, de separar e colocá-las em dois lugares. De alguma maneira, o cuidado tem íntima relação com as histórias e com os possíveis vínculos que se produzem. Há algo espontâneo que se produz sem o protocolo, se produz na espontaneidade, na relação de afeto. E a clínica também tem a capacidade de colocar a escuta como algo que se dá entre sujeitos. Mas, para escutar, sobretudo histórias, é preciso disponibilidade para esse acontecimento.

Quais são as narrativas que se escutam e ocupam nos serviços de saúde? Quais são os arquivos? Há uma "realidade" narrada pelos prontuários e outros registros institucionais. O que se conta nesses prontuários? Geralmente, o registro é limitado aos profissionais de saúde. Os usuários/pacientes não contam essa história por escrito, eles são secundários nesse processo. Não são incluídos nesse processo, não são os narradores do primeiro plano. E se essas pessoas pudessem contar um pouco dessas histórias, como é que elas encontrariam suas histórias? Se os profissionais as instigassem a escrever em conjunto? É desafiante pensar e agir dentro de uma concepção participativa e inclusiva, porque coloca em análise a lógica da produção de trabalho e o tempo.

A saúde mental carrega o "privilégio" de ocupar um "outro tempo". É distinto do "tempo da gestão" que visa resoluções imediatas ou que trabalha com metas, por exemplo. A saúde mental nos promove a pensar o tempo de outra

maneira, um tempo que vai buscar essa concepção do passado, mas para atuar no presente e projetar o futuro. Assim, quando se organiza projetos de cuidado, se pensa em projetos para o futuro. Essa costura para o cuidado que é feita a partir dessa noção de "outro tempo", e se agencia em virtude da possibilidade de o tempo ser entre parênteses. De alguma maneira, uma alternativa para enfrentar a invisibilidade é a perspectiva de uma política da narratividade na atenção psicossocial. Assim, contar as histórias — livre de preconceitos linguísticos — com a liberdade inventiva da linguagem, para que as pessoas possam participar dessa escrita das ações cotidianas da vida e dos serviços de saúde.

No campo da saúde mental, encontramos brechas para esse movimento. Diferentemente de outros serviços, como urgência e emergência, marcados por processos institucionalizados e molares, a saúde mental se abre à mobilidade e ao fluxo das histórias. E as histórias não são neutras: elas narram tanto o que se estabelece quanto aquilo que escapa ao lugar-comum. É nesse entrecruzamento que podemos nos perguntar de que forma as relações entre pessoas e instituições podem engendrar outras noções de cuidado, em vez de reproduzir práticas de abandono. Nessa direção, evocamos a imagem da agulha de Arthur Bispo do Rosário como gesto de desmontagem do arquivo, desestabilizando a ordem das coisas enquanto desfia fios para a invenção de novos sentidos. No campo da saúde mental, o trabalho com a palavra se faz por meio de associações livres, que são, em si mesmas, brechas. A "narrativa do óbvio" busca, justamente, abrir rasgos onde o tecido da memória se apresenta enrijecido, onde as frestas foram remendadas ou interditadas, restituindo a possibilidade de abertura.

Em maio de 2025, por ocasião da Semana Municipal da Luta Antimanicomial, foi realizado em Novo Hamburgo/RS o seminário *"Caminhos da Reforma Psiquiátrica"*, com o objetivo de promover o debate em torno das conquistas, impasses e perspectivas da política de saúde mental, reunindo diferentes atores da rede de atenção, usuários, familiares e trabalhadores do campo. O Colegiado Gestor de Saúde Mental tomou como ponto de partida

a necessidade de planejar atividades em diálogo com o contexto local. Nesse processo, destacou-se a conjuntura do município, em especial no que diz respeito às políticas públicas voltadas à população em situação de rua, cujas diretrizes e práticas ainda revelam rigidez e reminiscências de lógicas higienistas.

Esse cenário evidenciou a importância de reafirmar - mesmo que pareça óbvio - o debate sobre a visibilidade da saúde mental como campo de cuidado, de direitos e de invenção de outras formas de convivência social. Nesse sentido, a Semana Municipal foi concebida como um espaço de produção de narrativas sobre essas questões, articulando diferentes iniciativas. Destacaram-se, entre elas, o seminário e uma exposição que reuniu trabalhos desenvolvidos por usuários dos serviços locais de saúde mental, envolvendo praticamente toda a rede.

Na exposição, os usuários apresentaram criações desenvolvidas nos espaços de cuidado, reafirmando a potência desses serviços como lugares de produção cultural e subjetiva, especialmente como instrumentos de subversão dos dispositivos de silenciamento da imaginação, entendida como ferramenta de promoção da saúde. Nesse contexto, insere-se, por exemplo, a oficina *Papo Cabeça*, projeto de acolhimento de diferentes formas de expressividade. A partir de tecnologias leves, os participantes produzem esculturas coletivas, resultado de encontros prévios voltados a subverter categorias tradicionalmente utilizadas na organização do serviço. Entre essas categorias destacam-se: a noção de público referenciado, pois a oficina não se restringe às pessoas já atendidas, estando aberta à comunidade em geral; e os recortes etários, uma vez que se trata de um espaço intergeracional, acessível a todas as idades e articulado com os demais serviços da rede.

Na oficina *Papo Cabeça*, o trabalho com esculturas não se reduzia a um exercício técnico ou artesanal. A prática coletiva - a cola caseira, os recortes, as formas em constante construção e negociação entre os participantes - ativava um campo de presença em que os corpos se encontravam e se reconheciam mutuamente. Cada gesto carregava marcas de trajetórias pregressas, de

modo que o objeto produzido se tornava mais do que uma figura alegórica: transformava-se em corpo coletivo, condensando narrativas de vida em uma materialidade compartilhada.

Esse corpo coletivo articula-se à noção de território-memória. Assim como os territórios da cidade guardam vestígios, apagamentos e resistências, os corpos também carregam, de forma latente, suas histórias. Ao moldar as esculturas, realizava-se um exercício de abertura e fechamento, de trocas possíveis, que funcionava como uma espécie de restituição simbólica, em que a memória deixava de ser apenas herança do passado para tornar-se invenção no encontro.

Dessa forma, a oficina operava como dispositivo de cuidado, produzindo espaços e tempos outros no interior dos serviços de saúde mental. O território do serviço passava a ser reocupado e ressignificado pela presença dos corpos e pelas narrativas ali tecidas. Nesse sentido, *Papo Cabeça* evidenciava que produzir memória no presente não é apenas um exercício de lembrança, mas, sobretudo, um gesto de imaginação e criação.

Lancetti (2016) destaca, nesse sentido, a potência da clínica peripatética - o movimento de caminhar, pensar, escutar e escavar - como prática fundamental da saúde mental e da luta antimanicomial. Ocupar os espaços, torná-los visíveis e dar-lhes luz exige a presença de corpos. Essa presença, contudo, não é simples: colocar-se à disposição para tais enfrentamentos implica um custo subjetivo e político. Os trabalhadores da saúde mental frequentemente assumem esse papel, sustentando presenças quando necessário. O cuidado, afinal, não se realiza de forma estática; ele se dá no movimento, nos deslocamentos, inclusive territoriais. E é justamente nesse movimento que também somos produzidos subjetivamente, pois, ao nos adaptarmos às condições que se apresentam, abre-se a possibilidade de um retorno ao que nos parece óbvio. Um retorno que não busca reafirmar arquivos, mas reinventá-los — criando aberturas de passagem onde as brechas parecem fechadas, permitindo que a vida volte a circular.

Situamos, portanto, o exercício da escultura na oficina *Papo Cabeça* como uma possibilidade narrativa, capaz de produzir metodologias de trabalho que abram espaço para uma política da narratividade (Passos e Barros, 2015), entendida como uma postura diante das formas de narrar o mundo e dos modos como acolhemos suas expressões. No cotidiano da atenção psicossocial, onde habitam os territórios-memórias e pulsa a imaginação possível, a narrativa torna-se o caminho pelo qual sujeitos coletivos do campo da saúde mental afirmam uma existência que transborda os limites e enquadres do Estado moderno.

Ao narrar, como se esculpisse, cada palavra, gesto e tom é trabalhado na delicadeza de uma corporeidade singular. Ali, as mãos recortam, colam e moldam, produzindo formas sempre únicas e irreproduzíveis, contrariando qualquer tentativa de homogeneizar experiências de produção de subjetividade em uma perspectiva individualizante ou massificante. Essas produções narrativas atravessam as direções ético-políticas que orientam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial as tecnologias de cuidado e de produção de saúde que suspendem a centralidade da doença e evidenciam os sujeitos em suas experiências, multiplicidades e formas de vida (Amarante, 2007).

Salientamos ainda o caráter intensivo da narratividade (Passos e Barros, 2015) ativada no cotidiano dos serviços, ou seja, os modos de produção de subjetividades que extravasam a máquina pública estatal de poder-saber e os dispositivos de controle, operando no fora e compondo devires minoritários. É nesse horizonte que a experiência da oficina pode ser lida em diálogo com a reflexão de Nunes, Rocha, Magalhães e Kunh Jr. (2013) sobre a memória do trabalho negro em Novo Hamburgo, quando demonstram como o apito das fábricas, erigido como "hino" de uma cidade ordeira, ocultava a presença dos trabalhadores negros e relegava suas contribuições a espaços de invisibilidade.

Na oficina, essa memória tensionava o gesto - a manualidade: não era raro que alguém perguntasse se estava "fazendo certo", como se o olhar do "encarregado" ainda rondasse as mãos. O que, na linha de produção, seria considerado defeito, na mesa coletiva se convertia em singularidade, em abertura

para o encontro. Enquanto a fábrica afinava corpos para a disciplina da produção em série, através das esteiras ou da máquina de costura, a oficina desafiava vozes a compor um coro plural. Cola caseira, recortes de jornal, papietagem de formas inacabadas – ali, a técnica não busca eficiência, mas algum tipo de presença.

A memória fabril, marcada pela exclusão racial e pela hierarquia dos gestos produtivos (Nunes et al., 2013), era revisitava pelo avesso, transformando a colagem e a escultura coletiva não em mercadoria, mas em ato de restituição simbólica das narrativas inscritas nos corpos. Se o apito das fábricas soava como hino único da cidade, que ainda ressoa, de algum modo, nos atendimentos psicossociais, a oficina inventava e se desdobrava por outros sons: não o compasso uniforme das máquinas, mas a escuta dos ruídos irregulares das vozes que se autorizam a narrar. Assim, no lugar da repetição disciplinar, surgia a produção singular de um coletivo; no lugar da invisibilidade, os pequenos gestos; e, no lugar do mito da Capital do Calçado[4], o sopro da imaginação partilhada.

4 Não existe uma única "capital do calçado" no Brasil; diferentes cidades recebem esse reconhecimento de acordo com o tipo de calçado ou o contexto da produção. Franca (SP) é conhecida como a Capital Nacional do Calçado Masculino, enquanto Novo Hamburgo (RS) se autoproclama a "Capital do Calçado", destacando-se historicamente na produção de calçados em geral. Birigui (SP) é reconhecida como a Capital Brasileira do Calçado Infantil, e o estado do Ceará tem ganhado crescente relevância na produção do setor. Entre essas cidades, Novo Hamburgo mantém um papel central, sendo referência histórica e simbólica na indústria calçadista brasileira. O que o que são narrativas se não uma forma de disputa?

Subjetivação como produção da realidade: *O óbvio precisa ser dito*

Entendemos, portanto, que a escuta e o cuidado são gestos políticos, nos quais cada vida importa em sua singularidade e em suas composições. No entanto, sensibilizar para isso é desafiador: é mais fácil excluir, mais fácil deixar de lado pessoas que ocupam posições de poder ou que reservam seu olhar apenas para determinados pontos de interesse. É nesse contexto que a narrativa que estamos chamando de "narrativa do óbvio" – a partir da provocação surgida neste encontro –revela sua potência: não é banal e precisa ser contada. Trata-se de uma insistência no sistema, de uma tentativa de lembrar que, mesmo em 2025, é necessário narrar repetidamente o que se passou, pois a história não começa em um ponto fixo, mas se constrói na circulação das experiências e memórias.

Se negligenciarmos essa prática, corremos o risco de reproduzir relatos antigos, como o de Lima Barreto (2017) em *O Cemitério dos Vivos*, que descreve sua experiência no Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, há mais de cem anos. Nosso objetivo, contudo, não é repetir tais situações, mas abrir espaço para outras experiências humanas em instituições que realmente ofereçam cuidado.

A narrativa, nesse sentido, se articula à perspectiva da imaginação e da memória-território, funcionando como uma política de narratividade no campo da atenção psicossocial. Ao narrar, produz-se subjetivação: cada relato, encontro e escuta contribui para a construção da realidade, revelando modos de vida, resistências e possibilidades de cuidado que extrapolam os limites institucionais. Nossa história é recente para essas mudanças, e é justamente nas possibilidades de encontro que podemos construir pontos comuns, palavras comuns, lutas comuns, sensibilizando e criando coletivos capazes de se conectar com os interesses que orientam o cuidado e a liberdade.

Durante o seminário da Semana Municipal da Luta Antimanicomial, propusemos a escrita de uma carta coletiva com todos os participantes.

Integrada aos documentos da Semana e em diálogo com a exposição que reuniu produções de usuários dos serviços, a carta pode ser lida como exercício de uma obra comum, fruto do trabalho coletivo gerado pelo próprio encontro. Nela se reuniram enunciados simples e necessários, lugares do óbvio: "que nenhuma dor seja trancada", "que ninguém seja silenciado por ser quem é", "que o cuidado em rede exige também cuidar de quem cuida". A carta, porém, não se encerrou em si mesma. Permaneceu aberta, convocando a nossa escrita. O método foi simples: enquanto a fala se desenrolava, folhas em branco circularam entre os presentes e, em diferentes pontos da plateia, começaram a ser preenchidas simultaneamente. Esses fragmentos, reunidos ao final, compuseram um texto coletivo, inseparável do acontecimento da Semana. Segue o texto, a seguir:

Carta do Óbvio

Escrever como ato de emancipação, de uma ideia, de um desejo, de um corpo. Corpo só, que se encontra na coletividade de/com outros corpos, para produção de saúde, esperançar um óbvio mais humano. Palestra muito boa, gostei, escutei, mais alguma coisa, que não estava entendendo muito, mais um aprendiz que eu me entendi nessa palestra, achei muito boa. Que nossas dúvidas sempre sejam maiores do que as outras. Relembrar, não deixar esquecer. Entender o outro é a melhor forma de cuidar, não só do corpo, mas também da mente. Colocar mais sonho na imaginação que realidade. Eu quero que possamos construir um serviço que todos entendam que somos uma rede. Que as pessoas possam ver o usuário como um todo, não como uma doença, um diagnóstico. O que causa dor e sofrimento para uma pessoa, pode não causar a outra. Se cada um pudesse colocar "um perfuminho" no lugar do próximo, a saúde mental de todos iria agradecer. Construção, coletivo; Escrever; Acolhimento, vínculo; Afeto; Escrever-se em liberdade e coletivamente inscrever-se; Escuta que acolhe com

vínculo; Ser ouvido; Estrutura - desejamos! Que salas de grupo não recebam divisórias para atendimento individual ou estoque de materiais, quando tantas produções de saúde mental e coletividade possam passar por elas. Que grupos também sejam estimulados pela gestão. Que os ACs possam receber, junto das equipes, capacitações permanentes sobre sofrimento psíquico, pois somos quem vemos o sofrimento primeiro. Saúde/Doença mental é mais prevalente que dengue e sífilis, o que mais somos impelidos a nos educar continuamente. Que as equipes sejam cuidadas para poder cuidar – carta o Óbvio. Nenhuma dor deveria ser trancada. Nenhuma pessoa deveria ser silenciada por ser quem é. A luta antimanicomial segue viva, em cada espaço onde o afeto atravessa o preconceito. Onde a roda de conversa é real, é presente. Em que o cuidado, não anestesia, mas acolhe. A luta é social. É coletiva! Liberdade de escuta e ação. A escuta na saúde mental é feita de narrativas que produzem encontros, trama, rede, conversas, mudanças. Feita entre nós, com o que temos de mais humano. O que é óbvio para mim, não é óbvio para o outro. O óbvio precisa ser falado; evitaria muitas falhas de comunicação, problemas interpessoais se todos falássemos o que é óbvio para nós. A importância da escuta sem julgamento, do cuidado como gesto político que coloca o usuário como narrador protagonista de sua própria história. O "óbvio" deve ser lembrado todos os dias para que nunca seja esquecido. Envolve sentimento e entendimento da necessidade de escuta com atenção e interesse real de diminuir o sofrimento alheio. Um dos maiores desafios enfrentados quando se pensa em cuidado em liberdade compartilhado é levar em conta os determinantes sociais da saúde, conseguir enxergar o indivíduo como um todo e não apenas pensar no cuidado fragmentado que cada rede faz o individual e não compartilha. É óbvio que estamos aqui para cuidar. Cuidar como é possível cuidar, com conversa, com brincadeiras, com arte, com tecnologia medicamentosa. É atender/aceitar as pessoas na sua irregularidade. O cuidado em rede, como construir e tecer relações que auxiliem a garantia de direitos, o cuidado, o afeto, o compromisso. O compromisso de quem cuida, e o cuidado como expressão ético-política. O sentido de insatisfação com a injustiça, a fome,

a falta de cuidado e humanidade, entendo ser parte atuante e protagonista desta mudança. É importante não perder de vista a perspectiva relacional dos seres humanos sobretudo nos serviços. Eu sei que ouvir, nem sempre é escutar. É preciso desejo para emprestar.

Carta escrita coletivamente durante o encontro da Semana de Luta Antimanicomial de Novo Hamburgo (2025)

Referências

Agamben, G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. I. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010. (Coleção Humanitas).

Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Barreto, L. Diário do hospício & O cemitério dos vivos. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

Butler, J. Vida precária: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

Benjamin, W. O contador de histórias e outros textos. São Paulo: Hedra, 2020.

Costa, J.F. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Garamond: 2006.

David, E.C. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

Fanon, F. Peles negras, máscaras brancas. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

Fonseca, T.M.G. A Reforma Psiquiátrica e a difícil reconciliação. In: Fonseca, T.M.G.; Engelman, S.; Perrone, C.M. (Orgs.). Rizomas da Reforma Psiquiátrica. Porto Alegre: Sulina, 2007.

Foucault, M. A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982). 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

Lancetti, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.

Maldonado-Torres, N. Analítica da colonialidade e decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: Bernardino-Costa, J., Maldonado-Torres, N., & Grosfoguel, R. (Orgs.). Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico. (2a ed.). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

Nunes, M. F.; Rocha, A. L. C.; Magalhães, M. L.; Kuhn Júnior, N. "Era um hino de fábrica apitando": a memória do trabalho negro na cidade de Novo Hamburgo (RS), Brasil.

Etnográfica, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 269-291, 2013.

Passos, R.G. "Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira/Holocaust or "The Ship Negreiro?": concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. Argumentum, *[S. l.]*, v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i3.21483. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483. Acesso em: 24 ago. 2025.

Passos, E., & Barros, R. B.. Por uma política da narratividade. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

Santos, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2017.

Teixeira, S.M de O. O Método de Autópsia Psicossocial como Recurso de Investigação acerca do Suicídio. Psic: Teor e Pesq. 2018; 34:e34434. Available from: https://doi.org/10.1590/0102.3772e34434

Capítulo 7

Modelo de enfermagem narrativo integrado

Giovanna Artioli
Gisele Cristina Manfrini
Federica Dellafiore

Introdução

Internacionalmente, a abordagem de narrativas voltadas ao cuidado em saúde é conhecida como Medicina Narrativa. A Medicina Narrativa, conforme proposto pelo Italian Health Institute, é uma "metodologia clínico-assistencial fundamentada em competências comunicativas específicas, integrada com a Medicina Baseada em Evidências, e tem por objetivos personalizar e desenvolver conjuntamente o cuidado". (Corea et al., 2015 apud Silva et al., 2023, p.2) A medicina narrativa tem significativa importância no ensino aprendizagem interdisciplinar, promovendo uma visão sobre o paciente e uma abordagem interventiva diferente, cultivando a empatia e o cuidado humanístico nos estudantes e profissionais. (Xue et al., 2023).

Na Enfermagem, as narrativas seguem o mesmo propósito assistencial de concentrar o cuidado no sujeito e em suas subjetividades, contextualizadas em sua história de vida, de saúde-doença. De acordo

com Damsgaard et al. (2021), a essência da enfermagem crítica, reflexiva e criativa torna possível que os indivíduos estejam empoderados na sua própria vida, dando importância para a oportunidade que a escuta de suas narrativas têm ao cuidado de profissionais da saúde e enfermeiros capazes de apoiar os pacientes na busca de um significado útil em suas histórias. Neste sentido, "a narrativa é uma forma de retratar experiências únicas e nuances dos cuidados de enfermagem ou cuidados de saúde prestados a indivíduos" (Damsgaard et al., 2021, p. 3).

O objetivo deste capítulo é descrever as características marcantes do Modelo de Enfermagem Narrativo Integrado com dicas sobre as suposições conceituais; propor algumas possíveis aplicações do modelo na prática de enfermagem, no campo da enfermagem, mas também no campo preventivo e educacional, com referência a algumas ferramentas a serem usadas.

O Modelo de Enfermagem Narrativo Integrado nasceu na primeira década dos anos 2000, na Itália (Marcadelli e Artioli, 2010), com o objetivo de buscar respostas, adaptadas ao contexto, úteis para a melhoria dos modelos de cuidados que ainda são predominantemente funcionais (por tarefas ou por desempenho), com reduzida atenção, na realidade prática, à visão global da pessoa (La Sala et al., 2014; Foà et al., 2015).

Por que o nome do modelo "enfermagem narrativa integrado"?

"Enfermagem narrativa" porque se pretende enfatizar a dimensão narrativa na enfermagem, ou seja, a dimensão que favorece o relato da pessoa sobre sua experiência de doença e que destaca, além dos aspectos mais externos ligados a sinais e sintomas, também e, sobretudo, as características humanas mais internas, como sentimentos, emoções, experiências... Em particular, esse modelo usa ferramentas de outras disciplinas (as(mais propriamente) humanísticas), como a narração de histórias (Artioli et al., 2019) e a agenda do paciente (Artioli et al., 2020), adaptando-as aos objetivos do atendimento (por exemplo, da avaliação global da pessoa) (Artioli et al., 2017 a, b).

"Integrado" em um duplo sentido:

(i) no sentido de integrar dois paradigmas, o positivista e o fenomenológico, que até algumas décadas atrás eram considerados incompatíveis entre si. Pelo contrário, o modelo busca uma integração entre as características da doença mais entendida como *disease*, ou seja, a doença no sentido físico e biológico, de matriz positivista) e com a *ilness*, ou seja, os significados internos da doença, isto é, o que ela determina intimamente na pessoa, incluindo o sofrimento) e a *sickness* (a dimensão social da doença), estas duas de matriz fenomenológica.

(ii) no sentido de também oferecer uma possível integração "narrativa" e relacional, de atenção às necessidades psicossociais e baseadas em valores da pessoa, às abordagens mais tradicionais de atendimento baseadas em técnica e desempenho. Nesse sentido, a ferramenta narrativa é realmente colocada como um elemento de novidade, inserido, com diferentes modalidades, nos mais variados contextos de atendimento, a fim de obter resultados de melhoria na identificação e resposta às urgências das pessoas (Artioli et al., 2018).

Elementos conceituais dos quais o modelo é derivado

Como já mencionado na introdução, o modelo se baseia em duas macrocategorias conceituais de referência:

(i) A integração entre paradigmas: as diferenças conceituais e as possíveis integrações na prática assistencial dos dois paradigmas, positivista e fenomenológico;

(ii) O metaparadigma do modelo: os diferentes significados atribuídos aos conceitos de pessoa, saúde e doença, ambiente e enfermagem, presentes nesse modelo.

A integração de paradigmas

Ao discutir as características dos dois paradigmas, o positivista e o fenomenológico, conforme aplicados às ciências da saúde, faz-se referência, em particular, a elementos de natureza assistencial.

De modo mais geral, o paradigma positivista tem seu ponto de partida no empirismo lógico, que constrói uma concepção estritamente científica do mundo. No que diz respeito à pesquisa, ele atribui importância especial à observação e à experimentação, com o cuidado de assumir declinações específicas em relação ao método, aos instrumentos utilizados e aos fenômenos a serem estudados (Marcadelli e Artioli 2010).

Da mesma forma, se o paradigma fenomenológico ou interpretativo é inspirado na fenomenologia existencial, que enfatiza as realidades humanas complexas, holísticas, internas, dependentes do contexto e, portanto, irrepetíveis (experiências, sentimentos, ideias, significados...) e se as metodologias qualitativas são usadas na pesquisa, na prática da enfermagem a fenomenologia instrui suas próprias declinações em relação aos métodos e instrumentos usados e aos fenômenos de interesse. (Charon R., 2008; Silva SA., 2011)

A tabela a seguir (n. 1) ilustra as declinações específicas dos dois paradigmas.

Tabela n. 1. Declinações específicas relacionadas à enfermagem dos dois paradigmas, positivista e fenomenológico

Declínios em enfermagem	**PARADIGMA POSITIVISTA**	**PARADIGMA FENOMENOLÓGICO**
	Aplicado às ciências da saúde	
Ideia de pessoa	Acredita-se que partes ou dimensões individuais da pessoa podem ser estudadas para identificar problemas de enfermagem	Acredita-se que a pessoa deve ser considerada em sua totalidade e integralidade, prestando atenção também às realidades internas
Método de eleição	Solução de problemas e processo de serviço	Narrativo e interpretativo

Instrumentos utilizados	Escalas, listas de verificação, avaliações objetivas, protocolos, procedimentos	Entrevista, narrativa, diário do paciente, autobiografia...
Áreas de análise da pessoa	É representado pelas necessidades/ problemas predominantemente físicos relacionados à doença	Elas também consistem em experiências, emoções, significados atribuídos, histórias pessoais contadas...

Fonte: as autoras

No que diz respeito à possível integração dos paradigmas na prática, depara-se com diferentes visões, atribuídas a um (positivista), e não ao outro paradigma (fenomenológico), aparentemente em antítese entre si e que definem, como já visto em parte, o conceito de doença e os instrumentos operacionais de cuidado, mas também, o papel da pessoa doente, a identidade da enfermagem, o significado do cuidado e o papel do familiar.

A tabela a seguir (n. 2) descreve as características positivistas e fenomenológicas dos elementos mencionados acima.

Tabela n. 2. Características derivadas positivistas e fenomenológicas dos fundamentos de enfermagem

Elementos para cuidados de enfermagem	MODELO POSITIVISTA	MODELO FENOMENOLÓGICO (OU NARRATIVO)
Conceito de doença	***Disease:*** evento que consiste em uma anormalidade clínico-biológica	***Illness* + *Sickness:*** A doença é uma ruptura autobiográfica na história de vida da pessoa (experiências + status social)
Ferramentas operacionais	Predominantemente técnico	Tipicamente relacional
Objetivo da assistência de enfermagem	Participar dos cuidados com a pessoa doente, tentando resolver os problemas causados pela doença	Compreender e acomodar os significados que a pessoa atribui à doença e compartilhar o projeto de "cuidados
Papel do paciente	É um 'paciente'	"Sujeito experiente" da ilness e da sickness que vivencia sua doença como uma experiência de significado
Papel do familiar	Ele desempenha uma função marginal no processo de atendimento	A pessoa doente e o membro da família formam uma única unidade de atendimento

Identidade da enfermagem	Especialista único e incontestável em disease	No encontro com a pessoa doente, ele constrói significados compartilhados. Coconstrução

Fonte: as autoras

Segue-se que no modelo de enfermagem de narrativa integrada (Artioli et al., 2016):

- O conceito de doença é certamente doença, como dano biológico (*disease*), mas também experiência pessoal de doença (*illness*), e (também)a condição social da doença (*sickness*) em conjunto;
- Ferramentas operacionais podem ser associadas: ferramentas técnicas e ferramentas relacionais (Artioli et al., 2020), a serem usadas separadamente e/ou em integração com base na capacidade do profissional de decidir sobre as necessidades da pessoa doente individual;
- O objetivo do cuidado é certamente tratar e cuidar das necessidades da pessoa, mas também, compreender o seu sofrimento (da pessoa)e do familiar, acolher os diferentes significados atribuídos à doença e acompanhar, com competência, quando o cuidado, (mais)tradicionalmente entendido, não é mais possível;
- A pessoa doente é cada vez menos objeto de cuidados, mas cada vez mais um sujeito ativo, o primeiro conhecedor de sua própria experiência e significados, que pode comunicar ao profissional para coconstruir caminhos de cuidados compartilhados;
- O membro da família também tem cada vez menos um papel marginal no cuidado e é a maior referência para o doente e para a equipe de cuidados: a pessoa e o membro da família se tornam uma única unidade de cuidados;
- A identidade da enfermagem permanecerá tão competente quanto possível, mas não "inquestionável", uma vez que os significados compartilhados e personalizados do cuidado são construídos

no encontro entre a pessoa doente, o membro da família e o profissional.

O metaparadigma do modelo

Tradicionalmente, o metaparadigma das teorias e modelos de enfermagem se refere a quatro conceitos fundamentais: pessoa, saúde e doença, ambiente e cuidados de enfermagem. (Calamandrei, 2003)

Que possíveis significados esses conceitos assumem no modelo de enfermagem narrativo integrado (Marcadelli e Artioli 2010)?

- Pessoa: o significado atribuído à pessoa e à doença tem uma influência decisiva sobre (o significado) a significação do cuidado e, portanto, sobre a prática profissional resultante.

Nesse modelo, o significado de pessoa é francamente de derivação fenomenológica e encontra seu sentido mais verdadeiro na definição de Buber (1993): "A pessoa é um ser de relação (...) e nesse estar constantemente em relação com o outro o ser humano é constituído". O homem vive experimentando e, com isso, está constantemente em relação com o mundo e com os outros. A experiência pessoal de cada um ganha significação e, sendo subjetiva, os significados subjetivos que cada pessoa atribui ao que acontece adquirem importância.

Conforme Costa Neto et al. (2023, p.3), trata-se metaforicamente de desconstruir a tradição biomédica do médico ou profissional da saúde detentor do saber, colocando "a pessoa que tem a doença como o maestro da orquestra a reger o concerto, por meio de sua narrativa", e assim, o médico e o enfermeiro se tornam instrumentos para além do conserto do corpo.

- Saúde e doença: são entendidas na articulação e conjugação das três dimensões mencionadas e descritas a seguir:

Saúde não é apenas a "ausência de doença" (definição positivista), mas também, a percepção subjetiva de se sentir saudável e em forma, e é (também a forma)como a pessoa saudável se relaciona com o seu ambiente natural e social.

Doença (*disease*): a doença é entendida no sentido biomédico como uma lesão ou agressão orgânica por agentes externos, um evento que, em todo caso, é objetivável e mensurável por meio de uma série de parâmetros orgânicos de natureza físico-química (Kleinman, 1980).

Doença (*sickness*): a doença é fundamentalmente semântica, densa de significados, uma experiência significativa para a pessoa. A doença, como enfermidade, torna-se um experimento humano somente quando é compreendida, interpretada, avaliada e comunicada, ou seja, quando se torna parte dos significados que as pessoas atribuem às suas próprias experiências e à sua realidade (Giarelli et al., 2005; Artioli et al., 2007).

Doença (*ilness*): a doença é entendida como uma experiência subjetiva, uma experiência vivencial da pessoa, um evento complexo capaz de provocar mudanças nas percepções sobre a própria condição (Moja, Vegni, 2000).

- Ambiente: a fenomenologia sugere que o ambiente consiste no relacionamento da pessoa com seu mundo de vida e com seu "ambiente significativo".

Ao colocar isso no cenário de atendimento, pode-se dizer que o profissional se vê entrando em um relacionamento com o "ambiente significativo", ou seja, a unidade de atendimento formada pela pessoa e o membro da família e/ou a pessoa e o "adulto significativo" (Marcadelli, Artioli 2010).

- Enfermagem: o significado da enfermagem se baseia nos seguintes elementos-chave:

    - restaurar a centralidade da pessoa;
    - cuidar da pessoa em uma relação vida-mundo;
    - o relacionamento dialético como a metodologia privilegiada de construção da experiência de enfermagem;
    - a "coconstrução" do sentido e do significado da doença;
    - a "compreensão profissional" da experiência da doença (Marcadelli e Artioli, 2010).

Conforme Choperena et al. (2018), o uso de narrativas no cuidado de enfermagem promove uma prática reflexiva, tendo em vista que a narrativa é relato de uma situação clínica que inclui uma reflexão sobre os pensamentos, ações, intenções, *insight*s e novos aprendizados de alguém, a partir dos quais se reconstroem significados, compreensões e novas experiências clínicas e aprendizados.

Base do modelo: entrevista narrativa

No cuidado ao paciente, o diálogo e a escuta são fundamentais e estão permeados de rotinas clínicas, por vezes, rígidas e sem reflexividade. Assim, a abordagem narrativa quer ajudar e ensinar aos profissionais da saúde um meio criativo, imaginativo e reflexivo potente para transformar a experiência da doença com significados compreensíveis ao paciente. A postura narrativa requer dos profissionais uma nova prática de envolvimento e de respeito ao paciente e sua história. (Damsgaard et al., 2021).

A entrevista narrativa é uma ferramenta de relacionamento entre o profissional e a pessoa (saudável ou doente e sua família), na qual o profissional

faz algumas perguntas "abertas" e OUVE o que a pessoa quer contar, intervindo o mínimo possível na comunicação. É a coleta intencional de uma narrativa, uma história de vida e doença. (consultar Medicina Narrativa ou Enfermagem Narrativa) (Zannini, 2008; Artioli et al., 2018; 2019)

Embora esse modelo de entrevista privilegie a escuta da narrativa da pessoa, ele prevê, ainda assim, uma estrutura essencial, que ajuda o profissional a coletar essa narrativa de forma ordenada e, acima de tudo, voltada para o objetivo da entrevista.

A entrevista narrativa pode ser utilizada para diferentes fins e em diferentes áreas:

1. Por exemplo, na área da prevenção e assistência:
    - Na área da prevenção, com diferentes objetivos, para identificar fatores de risco para a saúde ou para destacar intervenções educativas personalizadas;
    - Na avaliação das necessidades da pessoa, saudável ou doente, concentrando-se nas necessidades psicossociais e existenciais;
    - Na educação da pessoa e da família, com atenção ao que a pessoa quer (nos)dizer;
    - Como contribuição para limitar situações de desconforto e preocupação relacionadas ao diagnóstico e à doença.

2. A entrevista narrativa também pode ser utilizada no âmbito da pesquisa:
    - Para analisar sentimentos, emoções e expectativas da pessoa em vários contextos;
    - Para coletar e analisar "narrativas" de doença.

A entrevista narrativa pode ser usada no cuidado da pessoa saudável ou doente, em particular na verificação das necessidades, com foco nas psicosocioemocionais.

Seu uso tem como objetivo explorar os problemas, os recursos e as habilidades da pessoa e da família para ter uma visão global da situação e, assim, poder intervir de forma mais direcionada e eficaz (Picchi et al., 2018).

Para realizar uma boa entrevista narrativa, é útil considerar a possibilidade de desenvolver "competência narrativa", que necessariamente tem pré-requisitos a serem cumpridos (Artioli et al., 2019), descritos a seguir:

(a) conhecer os princípios básicos da comunicação eficaz e saber como aplicá-los, com atenção especial ao conteúdo das palavras que estão sendo ditas, mas também, atenção a toda a dimensão do paraverbal (tom de voz, silêncios, ritmo das palavras etc.) e do não verbal (por exemplo, expressões faciais, olhar, postura...) do entrevistado (Artioli et al., 2020b)

(b) usar estratégias de facilitação da comunicação: em geral, em uma entrevista bem conduzida, a intervenção do entrevistador é mínima e a facilitação da comunicação visa principalmente a gestos de aceno de cabeça ou inflexões de voz, como: '*mhm*', a ser usado em um sussurro para não interromper o relacionamento que está ocorrendo.

(c) saber formular perguntas abertas: a pergunta aberta é aquela que estimula a pessoa a contar; ao contrário da pergunta fechada, que exige uma resposta de sim, ou não, e encerra a comunicação. Um exemplo de pergunta aberta poderia ser: "Você gostaria de me contar como está vivendo atualmente em sua família?".

(d) saber escolher o ambiente certo: o ambiente é muito importante para facilitar, ou não, o relacionamento entre o profissional e a pessoa. O local escolhido deve ser discretamente isolado, sem a presença de outros ouvintes, silencioso e possivelmente iluminado. Seria útil ter um ponto de apoio, especialmente para o entrevistador, mas, acima de tudo, a possibilidade de se sentar em uma posição confortável, um de frente para o outro.

(e): saber implementar a escuta ativa: a escuta é certamente uma das estratégias de comunicação mais difíceis de manter a longo prazo, mas é justamente uma das características marcantes desse tipo de entrevista, na qual o profissional faz a pergunta e está preparado para escutar, até mesmo os

silêncios, restaurando, por meio do não verbal, para seu interlocutor, que não há julgamentos sobre o que está sendo dito e tudo é aceito como importante.

(f): saber "permanecer" em um relacionamento difícil: ao falar sobre si mesmos e sobre suas condições de saúde/doença, os entrevistados, às vezes, entram em um relacionamento 'difícil', ou seja, um relacionamento que pode revelar elementos internos e confidenciais, que são expressos e compartilhados, desde que o entrevistador saiba "permanecer" com muita delicadeza nesse momento específico do relacionamento. Se o entrevistado concorda em falar sobre si mesmo em profundidade, ele geralmente o faz porque tem diante de si um profissional que concorda, sem expressar isso verbalmente, em disponibilizar também o seu eu interior.

Estrutura da entrevista narrativa

A entrevista narrativa é essencialmente estruturada em três macroáreas:

1. Abertura da entrevista

Nessa área, é útil se apresentar, pedir consentimento, mesmo verbal, para a entrevista e descrever bem o objetivo da mesma. Seguem-se algumas instruções simples para o entrevistador, como, por exemplo, fornecer todas as informações solicitadas pelo entrevistado, tentar deixá-lo o mais à vontade possível, deixar claro que as informações coletadas serão mantidas em absoluto sigilo e que, quaisquer que sejam as perguntas feitas, a pessoa sempre poderá optar por respondê-las, ou não, inclusive interrompendo a entrevista.

2. Conteúdo essencial da entrevista

A entrevista narrativa deve ser essencial em sua estrutura, sabendo que um esboço de perguntas está definido, mas que elas também podem

ser ligeiramente modificadas no decorrer da entrevista. Antes de chegar ao desenvolvimento das perguntas, é útil identificar as seções da entrevista (de duas a quatro, no máximo), às quais correspondem conteúdos temáticos centrais em maior número.

Cada seção, nomeada com o conteúdo temático central, corresponderá a uma, no máximo duas perguntas abertas (e possivelmente, um exemplo). Em cada área temática, é útil descrever brevemente o que se pretende explorar.

3. Fechamento da entrevista

Depois de explorar a parte central da entrevista, passa-se à sua conclusão.

Uma pergunta de encerramento, agradecimentos e saudações podem ser encontrados no encerramento. A pergunta final tem o objetivo de descobrir se há alguma outra informação útil que o entrevistado gostaria de acrescentar.

Os agradecimentos estão relacionados à disponibilidade de tempo e à participação demonstrada pelo entrevistado.

Um exemplo de estrutura de entrevista narrativa orientada à prevenção é apresentado na tabela n. 3.

Tabela n. 3. Exemplo de entrevista narrativa.

Entrevista narrativa sobre a necessidade de limitar os fatores de risco para o diabetes	
Instruções para o entrevistador	Antes de iniciar a entrevista, peça consentimento. A entrevista, que se concentra na prevenção dos fatores de risco do diabetes para a pessoa que mora em casa, compreende 3 seções destinadas a explorar 3 temas principais.

Abertura da entrevista	**Introdução:** *'Meu nome é... e sou enfermeira de família; pedi seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre seus hábitos alimentares e físico...'* **Objetivo:** *"esta entrevista tem o objetivo de ajudá-lo a limitar melhor os riscos do diabetes para você e sua família..."* **Abertura: Vou fazer algumas perguntas sobre a sua situação de saúde; você tem liberdade para respondê-las quando quiser, e também para me dizer que não tem vontade de responder.** **Você tem algo a perguntar?**
Tópicos de entrevistas "centrais	Três seções foram planejadas para explorar três temas principais 1. Conhecimento dos fatores de risco do diabetes, especialmente nutrição; 2. Dieta atual da pessoa e da família; 3. Quais alimentos ele/ela consome que podem ser de risco.
1 **Conhecimento dos fatores de risco do diabetes, especialmente nutrição**	**Conhecimento dos fatores de risco do diabetes, especialmente nutrição.** (Nessa área, investiga-se o conhecimento que a pessoa tem sobre nutrição que poderia colocá-la em risco de contrair diabetes; como ela obteve essas informações e se as considera confiáveis.) Exemplos de perguntas: *Você gostaria de me dizer o que sabe sobre a dieta correta para evitar o diabetes?* *Gostaria de dar um exemplo?* *Você se lembra de como obteve essas informações*?
2 **Nutrição atual da pessoa e da família**	**Dieta atual da pessoa e da família** (Nessa área, tenta-se explorar qual é a dieta atual da pessoa e da família, opiniões sobre essa dieta e possíveis motivações para mudança.) Exemplos de perguntas: *Gostaria de me dizer em que consiste a sua dieta e a de sua família?* *Em sua opinião, como você gostaria de mudar sua dieta?* *Gostaria de dar um exemplo?*
3 **Quais são os alimentos que podem estar em risco**	**Quais alimentos ele/ela come que podem ser de risco** (Nessa etapa, tenta-se descobrir se a pessoa sabe ou é capaz de entender se a dieta que ele/ela come pode ser de risco para o desenvolvimento de diabetes) Exemplos de perguntas: *Gostaria de me dizer sua opinião sobre a dieta que você segue?* *Em sua opinião, quais alimentos que você consome com frequência podem ser pouco benéficos para a sua saúde? Você pode dar um exemplo?*
Encerramento da entrevista	*Você gostaria de acrescentar algo ao que já disse?* *Gostaria de lhe perguntar se estaria disposto a se reunir novamente se o que foi falado deixou dúvidas?* *Muito obrigada por sua disponibilidade e pelo tempo que dedicou a esta reunião.* (Deixar(emos) espaço para saudações)

Um exemplo de estrutura narrativa de entrevista orientada para a avaliação das necessidades da pessoa doente é apresentado na tabela n. 4.

Tabela n. 4. Exemplo de entrevista narrativa para a pessoa doente

Entrevista narrativa orientada para a avaliação das necessidades da pessoa doente	
Instruções para o entrevistador	Antes de iniciar a entrevista, solicite o consentimento. A entrevista, focada na identificação das principais necessidades da pessoa doente, compreende três seções destinadas a explorar três temas fundamentais:
Abertura da entrevista	**Apresentação:** *"Meu nome é... e sou enfermeira de reabilitação; solicito sua autorização para fazer algumas perguntas sobre sua experiência com a doença e suas necessidades atuais..."* **Objetivo:** *"Esta entrevista tem como objetivo ajudá-lo melhor na assistência e na reabilitação, em relação às suas condições atuais..."* **Abertura:** *Vou fazer algumas perguntas sobre a sua situação de doença; você é livre para responder com toda a tranquilidade, e também para me dizer que não se sente à vontade para responder.* *Tem alguma pergunta a fazer?*
Temas centrais da entrevista	Estão previstas três seções destinadas a explorar três temas fundamentais: **1. Experiência da doença;** **2. Problemas relacionados à doença;** **3. Repercussões da doença na própria vida e na vida de pessoas significativas.**
1	**Experiência da doença** *(Nesta primeira área, procura-se recolher informações detalhadas sobre a experiência da doença da pessoa, com especial atenção às vivências, sentimentos, emoções, agravamentos e complicações, eventuais perdas de autonomia...)* Exemplos de perguntas: *Você se sentiria à vontade para contar quais foram suas experiências com a doença?* *Você gostaria de me contar o que está vivendo agora, em sua condição de doença?* *Você poderia dar um exemplo?*
2	**Problemas relacionados com a doença** *(Nesta área, procura-se explorar quais são os principais problemas relacionados com a doença por parte da pessoa doente, problemas de ordem física/fisiológica, mas também psicológica, social e existencial...)* Exemplos de perguntas: *Com base no que me contou, e referindo-se à sua experiência e ao seu passado, você se sentiria à vontade para falar sobre quais são os seus problemas mais relevantes?* *Você poderia dar alguns exemplos?*

3	**Impacto da doença na sua vida e na vida das pessoas importantes para você** *(Nesta área, procura-se explorar quais os possíveis impactos que a doença teve na (sua)vida pessoal, familiar e social; por exemplo, isolamento, mudanças nos relacionamentos, na rotina, na ocupação, no trabalho, nos hobbies...)* Exemplos de perguntas: *Você gostaria de contar se, e como esses problemas afetaram sua vida pessoal?* *E na sua vida familiar e social?* *Pode dar um exemplo?*
Pergunta final	**Pergunta final:** Exemplo de pergunta: *Há mais alguma coisa que lhe tenha ocorrido durante a (nossa) entrevista e que gostaria de acrescentar?*
Fechamento	**Fechamento da entrevista** Agradecimentos Saudações

Ao conduzir a entrevista, é apropriado que o entrevistador faça referência às perguntas relatadas. No entanto, para que a entrevista transcorra sem problemas, é fundamental que ela ocorra em **uma atmosfera baseada na escuta sem julgamentos e na confiança mútua.** Por esse motivo, as perguntas também podem ser feitas em uma ordem diferente da que consta no texto e, de qualquer forma, devem ser usadas o mais longe possível do que é expresso verbalmente e não verbalmente pelo entrevistado. Pelo mesmo motivo, as perguntas podem ser variadas e reformuladas de tempos em tempos com base no que acontece durante o relacionamento comunicativo.

Uso do modelo na prática

O modelo de Enfermagem Narrativo Integrado é muito flexível, pois integra as informações coletadas na entrevista com quaisquer outros dados objetivos coletados em qualquer outro tipo de avaliação (Artioli et al., 2016).

Um elemento indireto "fundamental" da aplicação do modelo é a capacidade do profissional de tomar decisões, no sentido de que possa usar

a entrevista quando julgar necessário e para o paciente que considerar mais adequado.

As informações são coletadas da entrevista por meio de uma análise qualitativa (Braun & Clarke 2006; Artioli et al., 2019) da entrevista, ou seja, identificando, em relação a quaisquer necessidades alteradas, as dimensões de significado mais relevantes para a pessoa e a família.

Observações finais

Nesta seção, foi feita uma tentativa de esboçar os elementos mais salientes do modelo, na teoria e na prática. No entanto, os vários elementos foram tratados de forma bastante sintética, deixando uma rica bibliografia para aqueles que desejam se aprofundar ou entender melhor as várias passagens que, às vezes, podem ser percebidas como um tanto "enigmáticas".

O modelo, por si só, seria muito mais articulado e utilizável em diferentes contextos. Além da cronicidade e do atendimento domiciliar, os contextos de prevenção e educação em saúde poderiam extrair resultados efetivos de sua implementação.

Exemplo de utilização do moelo num caso de estudo

O caso:

Marilena é uma mulher de 56 anos que sofre de hemissíndrome sensitivo-motora esquerda em consequência da remoção de um meningioma transicional ao nível do III médio da falce, complicado por infarto venoso evacuado. Foi submetida a uma cirurgia de cranioplastia e sofre de crises secundárias generalizadas.

Marilena é uma mulher colaborativa, orientada no tempo e no espaço. O quadro clínico atual apresenta uma plegia sensitivo-motora quase completa do membro superior e do membro inferior; Marilena usa uma cadeira de rodas manual, porque só consegue andar, com ajuda, alguns passos. Atualmente, Marilena não está em condições de retomar sua atividade profissional e vive com o marido e duas filhas.

A entrevista

(utilizada para determinar as necessidades da paciente, do seu ponto de vista).

Seguem-se alguns excertos da entrevista narrativa.

Entrevistador: Quer contar-me a sua experiência com a doença?

Paciente: ... então, descobri que tinha um meningioma no hemisfério frontal direito em 2017, porque tive um ataque hipertensivo e, praticamente no pronto-socorro, nas várias investigações que me fizeram, quiseram aprofundar com uma tomografia computadorizada e, consequentemente, fiz uma tomografia computadorizada com contraste para confirmar o que parecia ser o diagnóstico presumido do médico... e assim foi... Depois, durante dois anos, fiz exames de ressonância magnética a cada seis meses para verificar se o meningioma estava a crescer ou não, e assim, durante dois anos seguidos. Chegamos então à conclusão de que era necessário intervir e, com o neurocirurgião que me acompanhou, decidimos fazer esta cirurgia, que deveria ter sido feita no ano passado, mas com o coronavírus foi adiada para março. Fui operada no dia 4 de março e... (pausa de 2 segundos) então: no dia 2, fiz a pré-internação e, no dia 4, fui operada desse meningioma. A cirurgia correu muito bem, eu estava no

'Besta' [estrutura especializada no norte da Itália], só que na noite entre o dia 6 e o dia 7 tive um infarto venoso e foi isso que me deixou com paresia na parte esquerda do corpo e... (pausa) e nada... praticamente"... (na descrição do início e do curso da doença, Marilena parece contar com termos técnicos e de uma só vez, de forma impessoal, a sucessão dos eventos... parece quase que está lendo a parte anamnésica de seu prontuário médico!)

Entrevistador: Você poderia me dizer quais foram os problemas que mais sentiu?

Paciente: Um mês de internação no Besta e três meses no Auxologico, em Milão, para reabilitação, me mantiveram longe de casa todo esse tempo, sem ver ninguém... nem ter a oportunidade de encontrar os parentes e... então, tudo bem, a vida completamente virada do avesso, porque, claramente, dependo de todos para tudo e, acima de tudo, no dia a dia, mesmo que me tenham tornado um pouco autônoma na caminhada, mas, não conseguindo nem mesmo tirar as cuecas, não consigo nem ir ao banheiro sozinha, então tudo é... (pausa que parece revelar uma certa emoção) está ligado à ajuda de outras pessoas.

Do ponto de vista profissional, nada mesmo... não... não faço nada, não faço praticamente nada além das coisas... básicas... as diárias... nem consigo encontrar as palavras agora... (enquanto procura as palavras, parece sofrer)...

e... (pausa) não consigo descansar, ir ao banheiro, assistir televisão... ouvir música, rádio ou... as coisas mais simples...

Mas é verdade que não consigo entender a doença..., ou seja, quando fico com raiva, fico nervosa e logo depois me dá vontade de rir e não consigo entender por quê... não consigo manter praticamente a autoridade...

Fico com vontade de chorar de nervosa e depois percebo que talvez a reação desproporcional me dê vontade de rir... e também me sinto um pouco idiota, para ser sincera...

Entrevistador: Você poderia me dizer também como, e se esses problemas afetaram sua vida familiar e social?

Paciente: Em casa também não consigo fazer nada, a menos que me coloquem perto das gavetas, consigo arrumar as coisas dentro delas, mas para todo o resto, cozinhar não, limpar não, ir trabalhar não... nem penso nisso, porque me canso facilmente... mesmo agora percebo que, ao falar, tenho dificuldade em me expressar...

Com a família... digamos que agora tenho pouca paciência, fico nervosa rapidamente e, automaticamente, as relações também são afetadas porque eles dizem "estamos aqui para te ajudar", mas às vezes não entendem imediatamente o que eu preciso e então fico nervosa... Não porque não aprecio, mas porque talvez eu esteja com dor em algum lugar e gostaria que eles fizessem as coisas de maneira diferente ou mais rápida... ou que as fizessem como eu penso, mas isso aqui, mesmo antes eles diziam que eu não posso... que eu não devo pensar em como eles devem fazer as coisas, porque eu penso de uma maneira e faria de outra... eles são outras pessoas e têm seus tempos e... sua maneira de fazer as coisas.

Com meu marido, o relacionamento afetivo se fortaleceu... há uma sintonia que já era forte antes, mas agora é ainda mais forte. A única coisa que mudou entre nós, mas por... por causas de força maior, é a relação íntima física com ele (impressiona-me como Marilena expõe este aspecto de forma apressada, quase impessoal; como se fosse algo óbvio para ela). Com as filhas, em vez disso, a relação consolidou-se, mas também é como dizer... Não me ocorre o termo ... me irrita porque, claramente, também estou menos disposta a suportar muitas coisas que antes talvez ignorasse, agora mesmo durante, e a ajuda que elas me dão não... não compreendendo as dificuldades que tenho, muitas vezes me irritam e eu reajo de uma forma que depois me arrependo de ter usado, mas a única maneira de fazer com que elas entendam que estou realmente incomodada é ficar irritada... sim... e

Digamos que minhas filhas encontraram uma mãe diferente e, portanto, precisam cuidar dela, e os papéis se inverteram, e meu marido

também encontrou uma pessoa que antes fazia tudo e agora claramente não faz mais nada, mas (pausa... Marilena parece ter dificuldade em encontrar as palavras para se expressar, parece sofrer com o que está prestes a dizer) que se vê dando ordens que, às vezes, são até desagradáveis, porque parece que está mandando em pessoas que já fazem muito diariamente por si mesmas e também por mim (parece estar prestes a chorar)

No que diz respeito ao trabalho, eu era assistente comercial na empresa em que trabalho e era secretária do meu chefe, que é o proprietário da empresa... então, certamente não poderei mais manter o ritmo que tinha antes, mas também o próprio relacionamento com as pessoas... até ao telefone me canso, ou seja, não consigo ficar muito tempo a falar... então...

Eu era uma pessoa muito ativa que ajudava muito as outras pessoas e agora me encontro na fase completamente oposta e, portanto, não..., é difícil aceitar isso por muitos motivos; pelo fato de depender dos outros, pelo fato de perceber que você não é mais a mesma de antes e não sabe quando e se voltará a ser a mesma de antes...

(Marilena se emociona e começa a chorar, então decido interromper a conversa e deixo-a chorar, retomando depois de perguntar se ela está pronta e ainda quer conversar)

Então, eu cantava, sempre cantei desde os seis anos de idade, no coro da paróquia e também em um coro gospel, e agora claramente não posso mais fazer isso, porque vou cantar na missa de domingo de manhã, mas percebo que certas notas, eu era soprano, não consigo mais cantar, então isso também é limitante.

No que diz respeito à vida social, tenho sorte porque tenho muitos, muitos amigos que me querem bem e, por isso, tenho sempre gente que vem visitar-me a casa, pelo que nunca me senti abandonada na doença... isto é, longe das pessoas fisicamente, sim, por causa da COVID, mas nunca sozinha; isto é uma grande sorte...

Análise das necessidades do ponto de vista qualitativo (entrevista) e com escalas de avaliação

Dedica-se atenção às necessidades mais relevantes, pois são vividas como particularmente incapacitantes pela paciente e, por sua vez, estão relacionadas a muitas outras necessidades no âmbito biopsicossocial.

O ponto de vista da paciente:

• A perda de autonomia

..."a vida completamente virada do avesso, porque dependo claramente de todos para tudo e, sobretudo, no dia a dia"...

A questão da perda de autonomia, tanto na vida cotidiana quanto nas atividades secundárias, incluindo a restrição das atividades de lazer, parece ser de fundamental importância para Marilena, representando uma ameaça real ao seu bem-estar e ao bem-estar de sua família...

... "se eu conseguisse ter essa autonomia, ter um ambiente mais sereno para eles, porque eu estou, entre aspas, mimada agora.... mas espero conseguir devolver uma certa serenidade"...

Mesmo nas atividades recreativas, Marilena lamenta um comprometimento acentuado de sua autonomia... *"Eu cantava, sempre cantei desde os seis anos de idade, no coro da paróquia e também em um coro gospel, e agora claramente não posso mais fazer isso..."*

• Mudança da imagem de si mesma e do seu papel

"... porque eu era uma pessoa muito ativa que ajudava muito os outros e agora me encontro na fase completamente oposta e, portanto, não... é difícil aceitar isso por muitos motivos; pelo fato de depender dos outros, pelo fato de perceber que você não é mais a mesma de antes e não sabe quando e se voltará a ser a mesma de antes... "

Antes da doença, Marilena se descreve como uma pessoa ativa, dinâmica e proativa no plano social e recreativo. A imagem de si mesma é, portanto, destacada como uma pessoa forte, independente, ativa, proativa e dinâmica, que a doença transformou completamente... *"Sim, porque eu era uma pessoa muito ativa que ajudava muito as outras pessoas e agora me encontro na fase completamente oposta"* .

A doença, que mudou sua vida, provocou uma profunda mudança na maneira como ela se percebe, como percebe seu papel de mãe e esposa.

"Então, digamos que minhas filhas encontraram uma mãe diferente e, portanto, precisam cuidar dela, e os papéis se inverteram, e meu marido também encontrou uma pessoa que antes fazia tudo e agora claramente não faz mais nada".

Também no aspecto profissional, antes da doença, Marilena se descreve como uma trabalhadora enérgica.

"Eu era assistente comercial na empresa em que trabalho e era secretária do meu chefe, que é o proprietário da empresa... então, certamente não poderei mais manter o ritmo que tinha antes, mas também o próprio relacionamento com as pessoas..."

• Gerenciamento das emoções

"Sim, porque eu realmente sinto vontade de chorar de nervoso e depois percebo que talvez essa reação exagerada me faça rir... e também me sinto um pouco idiota, para ser sincera".

Marilena está ciente de que não consegue controlar as emoções e isso parece prejudicar sua autoestima. Ela se pergunta se essa dificuldade está de alguma forma relacionada às "mudanças" que a doença provocou e teme que isso possa minar a autoridade de seu papel materno.

... Mas é verdade isso... ou seja, não consigo entender a doença... ou seja, quando fico com raiva, fico nervosa e logo depois me dá vontade de rir e não consigo entender por quê..., praticamente não consigo manter a autoridade..."

Além disso, Marilena teme que essa questão possa, de alguma forma, influenciar negativamente as relações sociais já afetadas pela sua autonomia reduzida.

... "digamos que agora tenho pouca paciência, fico nervosa rapidamente e, automaticamente, as relações também são afetadas".

A tendência a sentir emoções negativas, em resposta a uma reação emocional anterior, parece acompanhar essa dificuldade.

..."eles entendem as dificuldades que eu sinto, muitas vezes me irritam e eu reajo de uma maneira que depois me arrependo de ter usado, mas a única maneira de fazer com que eles entendam que estou realmente desconfortável é ficando irritada..."

Avaliação quantitativa com escalas

Para a avaliação quantitativa da questão da perda de autonomia, decidiu-se aplicar uma escala do índice de Barthel (2016) para a avaliação das autonomias básicas (32/100), na qual se observa um alto nível de dependência, especialmente nos itens relacionados às atividades de vestir-se, deslocar-se, caminhar/subir escadas e às atividades de higiene e controle da continência.

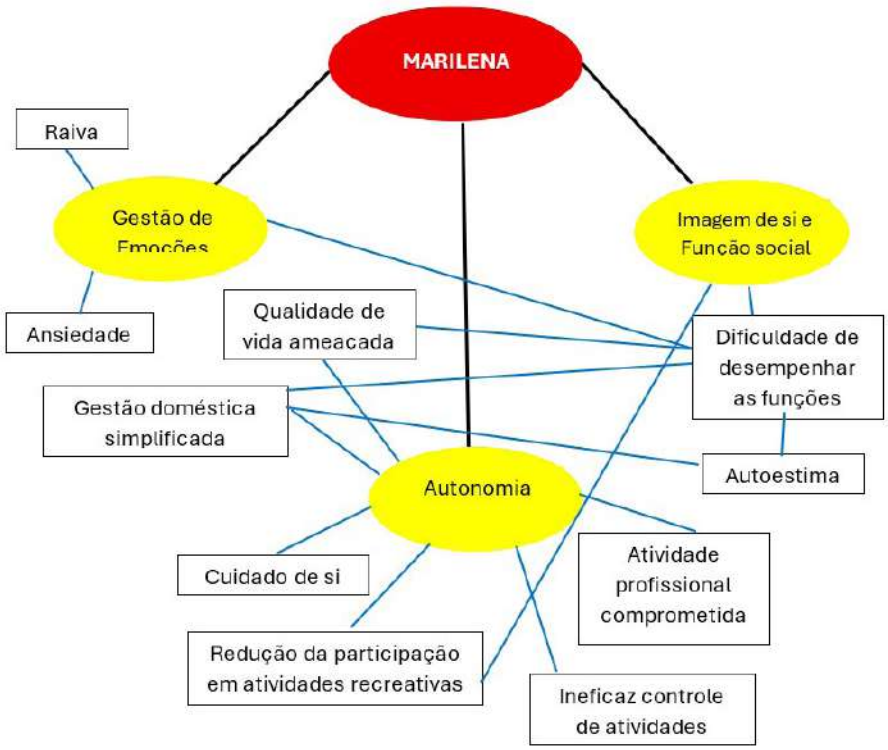
A escala de Bartel está disponível, em italiano, e foi consultada no site: https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/barthel-index-code-l-indice-di-barthel.html .

Decidiu-se aplicar uma escala IADL da vida cotidiana (pontuação = 3) que descreve a máxima dependência, especialmente nas áreas de preparação de alimentos, gestão da casa e uso de meios de transporte. Os resultados da avaliação quantitativa da questão da perda de autonomia mostram resultados consistentes com o que emergiu da investigação qualitativa.

Por fim, solicitou-se que Marilena preenchesse o Questionário sobre Regulação Emocional (EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE, ERQ), no qual se constata a confirmação de uma dificuldade particular por parte de Marilena em lidar com as emoções.

O ERQ pode ser encontrado, em inglês, no site: https://spl.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj19321/files/media/file/english_0.pdf.

Figura 1. o mapa conceitual das necessidades/problemas da paciente.



Conclusões

Neste capítulo, procurou-se delinear os elementos mais salientes do modelo de enfermagem narrativo integrado, tanto na teoria quanto na prática. No entanto, os vários elementos foram tratados de forma bastante sintética, deixando uma rica bibliografia para aqueles que desejam aprofundar ou compreender melhor as várias etapas que, às vezes, podem ser percebidas como um pouco "enigmáticas".

O modelo, por si só, seria muito articulado e utilizável em diferentes contextos. Além da cronicidade e da assistência domiciliar, também os contextos de prevenção e educação sanitária poderiam obter resultados eficazes com a sua implementação.

Recomenda-se esta proposta aos enfermeiros e demais profissionais interessados no cuidado de pessoas no processo de saúde-doença, de modo integrado, sensível, humanístico e crítico-reflexivo, destinado aos âmbitos da assistência, pesquisa e ensino na área da saúde.

Bibliografia

ARTIOLI, G, AMADUCCI G. *Narrare la malattia. Nuovi strumenti per la professione infermieristica.* Roma, Carocci; 2007.

ARTIOLI G, FOÀ C, TAFFURELLI C. An integrated narrative nursing model: towards a new healthcare paradigm. *Acta Biomed for Health Professions* 2016; (S.4)87: 13-22

ARTIOLI G., COPELLI P, v C., LA SALA R. *La valutazione infermieristica della persona assistita*. Milano: Poletto ; 2016

ARTIOLI G, FOÀ C, COSENTINO C, SOLLAMI A, TAFFURELLI C. Integrated narrative assessment exemplification: a leukaemia case history. *Acta Biomed for Health Professions*. 2017a (S 3); 88:13-21. doi: 10.23750/abm.v88i3-S.6609

ARTIOLI G, FOÀ C, COSENTINO C, TAFFURELLI C. Integrated narrative nursing: a new perspective for advanced assessment. *Acta Biomed for Health Professions*. 2017b (S.1); 88:7-17. doi: 10.23750/abm.v88i1-S.6279

ARTIOLI G, FOÀ C, COSENTINO C, SULLA F, SOLLAMI A , TAFFURELLI C. "Could I return to my life?" Integrated Narrative Nursing Model in Education (INNE)". *Acta Biomed for Health Professions* 2018 (S. 4); 89: 5-17 . doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7202

ARTIOLI G, COSENTINO C, TAFFURELLI C, FERRI P, FOÀ C. The narrative interview for the assessment of the assisted person: structure, method and data analysis. *Acta Biomed for Health Professions.* 2019 (S.6); 90: 7-16. doi: 10.23750/abm.v90i6-S.8640

ARTIOLI G., FOÀ C., COSENTINO C., TAFFURELLI C., SARLI L. The Patient's Narrative Agenda as an assessment tool: the story of Robert, suffering from osteosarcoma. *Acta Biomed for HealthProfessions.* 2020a. (S. 2) 9: 7-15 . doi: 10.23750/abm.v91i2-S.9371

ARTIOLI G, FOÀ C, BERTUOL M, BENZi L, DEIANA L, MENEGHETTI C, NERI C, PIGONI L, ZANOTTI M. and SARLI L. The impact of a "narrative interview" intervention in oncology. A study protocol for a feasibility study. *Acta Biomed for HealthProfessions.* 2020b(S. 6); 91:38–47. doi: 10.23750/abm.v91i6-S.10016

BRAUN V and CLARKE V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006. 3 (2):77-101.

BUBER M. *Il principio dialogico e altri saggi.* Milano: S. Paolo Edizioni; 1993.

CALAMANDREI C. Riflessioni sull'infermieristica e sulla scienza. *Nursing oggi* 2003; 3 (8): 16-24.

CHARON R, WYER P. Narrative Evidence Based Medicine. *Lancet* 2008; 371 (9609): 296-7.

CHOPERENA Ana et al. Nursing narratives and reflective practice: A theoretical review. *J Adv Nurs.* 2019;75:1637–1647. DOI: 10.1111/jan.13955.

COSTA NETO EF, BOAVENTURA LCS, DIAS AKM, MÜLLER LC, BASÍLIO ML. A medicina narrativa: compreendendo o concerto do corpo para além de seu conserto, através do médico de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;18(45):3848. https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3848

COYNE, R., & AGACNP-BC, W. K. (2019). The Lawton instrumental activities of daily living (IADL) scale. *Gerontologist*, *9*(3), 179-186.

DAMSGAARD, Janne BRAMMER et al. Can patients' narratives in nursing enhance the healing

process? *Nursing Philosophy.* 2021;00:e12356. Doi: https://doi.org/10.1111/nup.12356

FOÀ, C. LA SALA, R. ARTIOLI, G. TONARELLI, A. SARLI, L. MANCINI, T. Bio-clinical and psyco-social Nursing practice. An experimenta research in an Intensive Coronary Care Unit. *Acta Biomed for HealthProfessions.* 2015 S. 86:116-126.

GIARELLI G, GOOD BJ, DEL VECCHIO GOOD MJ, MARTINI M, RUOZi C. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile.* Milano: FrancoAngeli; 2005.

KLEINMAN A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.* Berkeley: University of California Press; 1980.

LA SALA R, FOÀ C, ARTIOLI, G. MANCINI T, SARLI L. Therapeutic adherence and health outcomes in acute coronary syndrome (SCA) patient: the role of nursing. *Acta Biomed for HealthProfessions*.. 2014 24;85(3):14-27

LAWTON, M. P. *Functional Disability: Activities and Instrumental Activities of Daily Living*. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 14, 1994. Acesso em 24/07/2025. Dsponível em: https://books.google.com.br/books?hl=it&lr=&id=Rnr-BnXePjcC&oi=fnd&pg=PA57&dq=LAWTON,+M.+P.+Functional+Disability:+Activities+and+Instrumental+Activities+of+Daily+Living.&ots=44GhL2P5gp&sig=hZtuusFR4wQ8GZfaf0WA5-ziUPg#v=onepage&q=LAWTON%2C%20M.%20P.%20Functional%20Disability%3A%20Activities%20and%20Instrumental%20Activities%20of%20Daily%20Living.&f=false

MARCADELLi S., ARTIOLI, G. *Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*. Maggioli Editore; 2010.

MOJA EA, VEGNI E. *La visita medica centrata sul cliente*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.

PICCHI S, BONAPITACOLA C, BORGHI E, CASSANELLI S, FERRARI P, IEMMI B, ALFIERI E, ARTIOLI G. The narrative interview in therapeutic education. The diabetic patients' point of view. *Acta Biomed for HealthProfessions*. 2018 (6-S);89: 43-50.

SILVA AF, MENDONÇA MOL,SILVA RCF, CORREIA IB. Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). Interface (Botucatu). 2023; 27: e220467 https://doi.org/10.1590/interface.220467

S ILVA SA, CHARON R, WYER PC. The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice. *J Eval Clin Pract* 2011; 17 (4): 585-93.

ZANNINI L. *Medical Humanities e medicina narrative*. Milano: Raffaello Cortina; 2008.

ZEMAN RK, BRINK JA, COSTELLO P, et al. *Helical/Spiral CT: A Practical Approach*. New York, NY: McGraw-Hill; 1998.

XUE et al. Narrative medicine as a teaching strategy for nursing students to developing professionalism, empathy and humanistic caring ability: a randomized controlled trial. BMC *Medical Education* (2023) 23:38 https://doi.org/10.1186/s12909-023-04026-5

EIXO 2

NARRATIVAS EM PERSPECTIVA METODOLÓGICA: TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS, PRODUÇÃO E ANÁLISE DE HISTÓRIAS

Capítulo 8

Medicina narrativa: escuta, experiência e reflexão na educação médica

Márcia Abreu
Cláudio Banzato
Rosana Onocko-Campos
Diego A. H. Ortega dos Santos

Outra medicina é possível

A presença das narrativas na formação médica responde a uma necessidade epistemológica, ética e política. Não se trata apenas de incluir conteúdos novos, mas de revisar criticamente os fundamentos que sustentam a prática clínica. Antes de apresentar experiências concretas, é necessário discutir os limites de um modelo de formação que concebe a medicina como uma ciência exata, centrada em evidências, objetividade e aceleração do cuidado, na qual o tempo da escuta e da reflexão, a subjetividade e a linguagem parecem estar em segundo plano.

Em um capítulo de título auspicioso, "A boa vontade não basta", do livro *Uma outra ciência é possível*, a filósofa e química Isabelle Stengers (2024) compartilha, com certa frustração, sua experiência como professora universitária. Ela descreve a dificuldade de interpelar modos de pensar

profundamente enraizados entre estudantes das ciências ditas "duras" que, embora dispostos a discutir os limites e contradições do que aprendem, tendem a fazê-lo de maneira apenas formal, sem levar adiante as implicações práticas dessas discussões. Alguns interesses são atendidos com esse estilo de fazer ciência "acelerada", como diz a autora, operando com uma separação rígida entre "fato" de "valor". A primeira pergunta a ser feita, no entanto, é se esses interesses coincidem com os daqueles mais profundamente envolvidos no campo em questão, daqueles com algo da sua própria vida em jogo – por exemplo, os pacientes, mas também e os médicos e as médicas.

Essa separação entre conhecimento e subjetividade, entre técnica e experiência, entre objetividade e valor, tem sido historicamente sustentada por uma concepção positivista da ciência, ainda dominante em parte da medicina contemporânea. Ludwick Fleck (2009), médico polonês do início do século XX, abriu caminhos para uma filosofia da medicina e da ciência que, décadas depois, influenciou grandemente o debate. Para ele, o saber necessário para cuidar de alguém envolve muitos fatores e não apenas a suposta factualidade biológica revelada pela ciência, incluindo a trajetória dos próprios médicos e pesquisadores, as redes institucionais e sociais da qual fazem parte e, sobretudo, a história de determinadas afecções e patologias. Para Fleck, tudo isso determina o "estilo" de uma prática científica e, portanto, os modos pelos quais os envolvidos sabem e fazem aquilo que praticavam.

Ao aproximar a medicina de uma prática científica "acelerada" e "dura", baseada exclusivamente em evidências, afastando-a das ciências ditas sociais ou humanas, é difícil não incorrer no estilo positivista e em todos os seus limites. Por meio dessa distorção acrítica, um médico seria tão melhor quanto mais fosse capaz de separar, em suas avaliações e procedimentos, o objetivo do subjetivo, o factual do valorativo, o verdadeiro do falso – separação que não tem nada de objetiva, factual ou verdadeira. E, assim, seria capaz de esquecer, porque é necessário esquecer para continuar nesse processo, que na verdade é impossível separar uma doença de uma pessoa adoecida (Epstein, 1992).

Contra esse modelo, Fulford (2024) afirma que quanto mais fatos tivermos, mais valores serão necessários; quanto mais evidência científica houver, mais atenção à complexidade da vida real será exigida nas decisões clínicas. Abandonar o dualismo simples de "*ou* objetividade *ou* subjetividade" demanda mais tempo e mais trabalho, pois fórmulas e padrões prontos perdem aplicabilidade e cada caso vira único de fato. "Mais objetividade *e* mais subjetividade" é o mote de uma prática mais lenta porque mais atenta à singularidade, mais condizente com os problemas reais de pessoas reais.

A questão do tempo foi a primeira feita por um aluno de graduação após a apresentação da disciplina de Bases Humanas da Prática Médica na Unicamp: "– Mas os médicos têm tempo para isso?", falou o aluno, expressando uma dúvida tão genuína quanto alarmante. Ele e vários colegas se disseram informados sobre as demandas de velocidade no atendimento, do número de pacientes por hora, da correria do pronto-socorro. Tudo isso na primeira semana de graduação.

Há, de fato, um "currículo oculto" nas faculdades de medicina, como afirmam Howick et al. (2024), um conjunto de práticas, exemplos e valores que, mesmo não explícitos nos documentos oficiais, moldam a formação dos estudantes e não propiciam a formação de uma identidade profissional humanista. O ambiente estressante, o modelo de atuação dos professores e a ênfase desproporcional nas ciências biomédicas competem com os valores declarados pelas instituições e por seus membros. Diversas estratégias têm sido propostas para enfrentar essa realidade e promover uma formação mais ética, reflexiva e humanista (Moura et al., 2020), mas todas esbarram em resistências institucionais e culturais (Menezes Júnior, Costa e Arruda, 2021).

Essa dissonância entre o que se prega e o que se pratica fragiliza a formação ética dos futuros médicos e perpetua um modelo de cuidado distante da complexidade da experiência do adoecimento.

Segundo Zaharias (2018), os desencontros entre médicos e pacientes manifestam-se em diversas esferas. A relação com a finitude é experienciada de formas distintas por cada um deles, seja pela posição que ocupam no encontro

clínico, seja pela dificuldade generalizada de lidar com a morte na maioria das culturas. O contexto do adoecimento costuma ser interpretado pelos médicos em termos predominantemente biológicos, enquanto os pacientes o percebem a partir de referenciais muito diversos, informados por experiências pessoais, crenças e condições de vida. As ideias sobre a causalidade das doenças também costumam divergir, gerando tensões entre sistemas de pensamento distintos. Além disso, afetos negativos como o medo, a vergonha e a culpa (presentes tanto entre médicos quanto entre pacientes) raramente encontram espaço para serem nomeados ou discutidos de forma confortável.

A Medicina Narrativa, tal como proposta por Rita Charon (2006), parece oferecer uma resposta adequada à crise de escuta, conexão e comprometimento que assola a formação e a prática médicas. Ela recorre a campos diversos — como a psicanálise, a fenomenologia e os estudos literários — para fundamentar uma abordagem mais conectada com as múltiplas dimensões da vida humana. Segundo Charon (2016), as competências narrativas incluem a atenção (capacidade de observar com cuidado, ouvir sem julgamento, interpretação ou medo, a fim de entender o caso em toda sua completude), a representação (transposição em linguagem – escrita ou outra –, daquilo que foi ouvido ou observado, e que pode ser compartilhado com o paciente, reconhecendo que a experiência clínica é reapresentada e recriada, várias vezes, o que exige aceitação e crítica) e o envolvimento (cuidado com o laço que o paciente tem com a equipe, tendo em mente que todos são pessoas completas em todos os momentos).

Os "princípios norteadores" dessa outra medicina são igualmente diversos (Charon et al, 2016): pensar as relações em termos intersubjetivos, e não entre sujeitos e objetos; abandonar a dicotomia mente-corpo em favor da ideia de pessoa, válida tanto para médicos quanto para pacientes; compreender os eventos por meio de causalidades menos lineares, e mais relacionais; orientar-se por ações que visem a justiça e a equidade; associar a prática médica à criatividade; e, como princípio e simultaneamente ferramenta capaz de pôr em prática todos os demais, ler minuciosamente e ouvir atentamente.

Ler textos ficcionais (além de testemunhos reais de pacientes e relatos de experiências médicas) contempla vários desses pontos simultaneamente. Para compreender a perspectiva do outro, talvez um personagem literário seja mais fácil de analisar do que um paciente. Para experienciar emoções com as quais é difícil lidar de forma segura, sem exposição excessiva ou riscos de ferir a imagem que se tem de si ou de como um médico deveria ser, pode ser menos arriscado falar de sentimentos vividos ao ler um livro. Para aprender a analisar a multitude de perspectivas relacionadas ao adoecimento, para além da causalidade biológica, mas sem negá-la, pode ser bom conviver com narradores de toda espécie, uns oniscientes, outros não confiáveis, todos marcados por suas perspectivas singulares. É um bom treino. Literatura é a coisa mais próxima que se tem da vida, disse George Eliot e parafraseou James Wood (2017), propondo que as artes também estabelecem uma relação com a morte, com a finitude, fazendo-lhes resistência, ultrapassando-as, aceitando-as. É um pouco como a medicina, como essa outra medicina, pode ser.

Assim, por meio da observação, escuta, leitura e interpretação, estudantes e médicos podem desenvolver habilidades muito específicas, primeiramente em treinos e, em seguida, como parte integrante de sua prática. Afinal, medicina não é apenas troca de informações sobre uma doença e levantamento de dados científicos sobre como avaliá-la e tratá-la, mas uma relação entre agentes e atores (Yu, 2017). Como em uma narrativa, os envolvidos adotam perspectivas, incorporam valores, tensionando-se em enredos e lidando com emoções.

Ler literatura, escutar testemunhos, escrever relatos clínicos são formas de treinar competências narrativas. Elas não substituem os saberes técnicos, mas os acompanham. São elas que permitem reconhecer que o cuidado em saúde envolve mais do que evidência, envolve pessoas, relações, linguagem e sentidos.

Esse é o horizonte que orienta a experiência formativa que será apresentada a seguir.

Narrativas na formação médica

A presença das narrativas na disciplina Bases Humanas da Prática Médica, ministrada no primeiro ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, não tem caráter meramente ilustrativo ou complementar, ela está no centro da proposta formativa. Ao promover o contato dos estudantes com histórias diversas — literárias, orais e clínicas —, buscamos desenvolver competências fundamentais à prática médica, como a escuta atenta, a interpretação sensível ao contexto e a compreensão da singularidade da experiência do adoecimento. Mais do que ensinar sobre diferentes tipos de narrativa, procuramos expor os alunos a modos distintos de narrar e interpretar, provocando deslocamentos de perspectiva e desnaturalizando formas de escuta cristalizadas na formação médica. Partimos de uma narrativa mais distante da experiência cotidiana dos estudantes, a peça *Hamlet*, passamos por formas contemporâneas de oralidade, com o podcast *Maria e Café*, concluindo com narrativas produzidas por pacientes e acompanhantes no Hospital de Clínicas da Unicamp, aproximando-os de vivências reais que desafiam sua escuta clínica.

A seguir, apresentamos três momentos que ilustram essa trajetória.

Narrativa e pluralidade de sentidos: Hamlet lido por um psicanalista, por um povo africano e por um grupo de alunos de medicina

A leitura da peça *Hamlet*, de William Shakespeare, foi realizada na disciplina como ponto de partida para uma reflexão sobre os modos como o sentido de uma narrativa é construído. O objetivo da atividade era fazer com que os estudantes tomassem consciência da diversidade de interpretações possíveis diante de uma mesma história, especialmente quando ela é

recebida por pessoas com diferentes repertórios culturais, visões de mundo e expectativas de sentido. Partimos de uma obra canônica da literatura ocidental não por sua autoridade estética ou valor universal, mas por sua força como provocação. *Hamlet* foi mobilizada como um campo de disputa interpretativa.

A proposta se desenvolveu em três momentos. Primeiro, os estudantes realizaram a leitura integral da peça e, em seguida, compartilharam oralmente suas interpretações. Foram incentivados a refletir sobre os temas, personagens e eventos que mais os impactaram, articulando esses elementos à construção do sentido geral da peça. Num segundo momento, apresentamos uma leitura psicanalítica clássica, baseada nas ideias de Freud e, por fim, confrontamos essa leitura com a interpretação proposta pelos Tiv, um grupo do norte da Nigéria.

A experiência mostrou-se altamente reveladora.

Na primeira etapa, os estudantes apresentaram suas próprias interpretações sobre o texto, todas diversas, porém bastante próximas das interpretações escolares convencionais. Falaram de luto, indecisão, loucura, desejo de vingança, conflito entre o ser e o parecer, consequências das ações masculinas sobre as mulheres, retomando aspectos comuns na recepção moderna da peça.

A introdução da leitura freudiana causou certa perplexidade, pois diferia inteiramente das interpretações apresentadas pela turma.

Freud comenta a peça em *A Interpretação dos Sonhos* (1900), aproximando-a da tragédia *Édipo Rei,* de Sófocles, anteriormente analisada por ele. De seu ponto de vista, ambos os dramas giram em torno de desejos inconscientes reprimidos — especialmente o desejo de eliminar o pai e casar-se com a mãe, o chamado "complexo de Édipo". Ao cunhar essa designação, Freud não escolheu um termo técnico oriundo da medicina ou da fisiologia; ele recorreu a uma figura literária trágica para nomear algo que, para ele, parecia ser um padrão universal de desejo e repressão inconsciente. Ao escolher Édipo como epônimo, Freud identificou na tragédia a capacidade de figurar aquilo que ele vinha encontrando nos relatos dos pacientes e nos seus próprios processos de autoanálise. A literatura não é, portanto,

um campo ilustrativo da teoria psicanalítica, mas uma fonte a partir da qual se produz conhecimento sobre a psique.

Segundo Freud, haveria uma diferença essencial entre Édipo e Hamlet. Na peça de Sófocles, o herói realiza seus desejos sem saber, pois mata o pai e casa-se com a mãe, cumprindo a profecia de forma trágica, mas de forma inconsciente. Já em *Hamlet*, a ação não se realiza, o herói hesita, adia a vingança, paralisa-se diante da tarefa de matar o tio. Essa hesitação não seria sinal de dúvida moral ou fraqueza de caráter, mas um indício de reconhecimento psíquico. Hamlet se veria refletido em Cláudio, o assassino de seu pai, e por isso não conseguiria agir, já que o crime do tio atualizaria um desejo que o próprio Hamlet teria reprimido. O assassinato não seria apenas um fato a ser vingado, mas uma realização externa de um desejo, que Hamlet não poderia admitir: "Hamlet é capaz de fazer qualquer coisa – salvo vingar-se do homem que eliminou seu pai e tomou o lugar deste junto a sua mãe, o homem que lhe mostra os desejos recalcados de sua própria infância realizados." (Freud, 1980, pp. 280-281) Esse reconhecimento seria justamente o motivo da inação do herói.

A peça de Shakespeare tocaria um ponto sensível da psique — não apenas do personagem, mas também do espectador. Segundo Freud, o sucesso duradouro de *Hamlet* estaria ligado a essa ressonância inconsciente, pois o público também compartilharia, ainda que de forma recalcada, os desejos que a tragédia dramatiza. Ao assistir à peça, o espectador se confrontaria com seus próprios impulsos reprimidos, que estruturariam o inconsciente.

A reação dos estudantes a essa leitura foi de desconfiança ou de incredulidade, julgando-a excessivamente interpretativa. Esse era justamente o ponto que interessava trabalhar.

A leitura de Freud é exemplar por evidenciar como o sentido que se extrai de uma narrativa é sempre condicionado pelas referências culturais, pelas experiências subjetivas e pela posição social e histórica do leitor. Ele não era um crítico literário interessado na peça por seus méritos estéticos e sim um médico, judeu, vienense, empenhado em compreender, no fim do século

XIX, os mecanismos psíquicos que organizariam o desejo humano. Ele havia formulado, há pouco, a ideia de um desejo infantil inconsciente, tomando por base a leitura de *Édipo Rei*. Seu olhar sobre *Hamlet* é dirigido por esse projeto e isso o leva a enxergar ali a encenação de uma culpa inconsciente, ligada a desejos infantis reprimidos.

Outro leitor, em outra circunstância (como os próprios estudantes do curso de Medicina) poderia destacar aspectos inteiramente diferentes da peça, como a paralisia diante do dever, o sofrimento do luto, o desamparo na loucura, o conflito entre ação e reflexão. Nenhuma dessas leituras é ilegítima. Ao contrário, é no contraste entre elas que se torna possível compreender que uma narrativa não tem um sentido único, mas se abre, a cada leitura, ao jogo interpretativo entre texto e as referências culturais do leitor. Essa constatação é fundamental para o exercício da escuta clínica, pois o que o paciente diz não deveria ser tomado como pura informação, mas como narrativa, atravessada por experiências, valores e modos próprios de atribuir sentido ao vivido.

A relação entre a inserção cultural e a compreensão de narrativas fica ainda mais evidente a partir do conhecimento da interpretação produzida pelos Tiv, povo que vive no Norte do que é hoje a Nigéria. A antropóloga Laura Bohannan conviveu com eles durante uma pesquisa de campo realizada entre 1949 e 1953. Em um dos episódios mais célebres de sua experiência etnográfica, relatado no texto "Shakespeare in the bush" (1966), ela decidiu narrar oralmente a peça Hamlet a um grupo de anciãos, convencida de que os significados universais da tragédia seriam compreendidos mesmo fora do contexto europeu. O resultado, porém, foi o oposto do esperado. A cada episódio da peça, os homens a interrompiam, pediam esclarecimentos, rejeitavam motivações dos personagens e propunham explicações fundamentadas em suas próprias crenças e estruturas sociais.

A primeira reação de estranhamento surgiu logo após a morte do rei Hamlet. Os Tiv não acreditam que mortos possam aparecer como fantasmas ou falar com os vivos. Por isso, quando a antropóloga mencionou a aparição do

espectro do pai de Hamlet, eles concluíram que havia um erro. Segundo eles, o príncipe viu apenas um agouro, uma figura silenciosa criada por feiticeiros para confundir ou enganar e ele pensava ter ouvido o fantasma falar porque estava enfeitiçado.

O casamento entre a rainha e o irmão do rei morto, tão malvisto na peça, é considerado perfeitamente adequado pelos anciãos. Segundo os costumes Tiv, o irmão mais novo herda a esposa do falecido, para garantir a estabilidade do grupo e manter o dote dentro da família. Ao invés de verem traição ou incesto, viram nesse casamento uma solução socialmente correta. O problema, portanto, não é Cláudio, mas Hamlet, que está claramente desrespeitando as normas ao contestar a autoridade do novo rei e se recusar a aceitar o casamento de sua mãe. Para eles, o rapaz agiu de modo imprudente e imaturo, confundido por feitiços e sentimentos desordenados.

Com essas e outras tantas intervenções ao longo da história, aquilo que, para Bohannan, era um enredo canônico e claro, tornou-se uma sequência de situações que exigiam correções interpretativas.

O contato com a leitura africana de *Hamlet* deixou clara a interferência da cultura na produção do sentido, resultando em significados radicalmente distintos dos pressupostos pela tradição europeia.

A justaposição entre a leitura dos Tiv e a de Freud foi essencial para desfazer qualquer ideia de que as interpretações divergentes seriam apenas fruto de ignorância, exotismo ou distância cultural em relação a uma tradição. Se tivessem conhecido apenas a leitura dos africanos, os estudantes poderiam rapidamente julgá-la como equivocada ou "primitiva". Mas o contraste com a interpretação feita por Freud, um leitor situado no centro da cultura ocidental de seu tempo, formador de uma das principais correntes de pensamento do século XX, abala esse juízo. A constatação de que o pai da psicanálise projetava sobre a peça suas próprias inquietações e pressupostos teóricos, assim como o fizeram os anciãos, permitiu compreender que toda leitura está inserida em um contexto.

A atividade permitiu que os estudantes reconhecessem os limites da própria análise e a potência do encontro com o outro como exercício interpretativo e clínico. Perceberam que o sentido de uma narrativa depende de quem a lê ou escuta e do lugar de onde se lê ou escuta. Toda compreensão é sempre filtrada por valores, experiências e formas culturalmente mediadas de ver o mundo. Essa percepção é fundamental para a formação médica, pois antecipa, em chave literária, os desencontros de sentido que podem ocorrer nas consultas clínicas, quando o médico, munido de uma bagagem científica, encontra o paciente, portador de uma narrativa própria, construída a partir de outros códigos. A experiência foi, assim, não apenas uma introdução à pluralidade hermenêutica, mas uma provocação epistemológica, fazendo ver que, também na escuta clínica, é preciso abrir-se à possibilidade de múltiplas formas legítimas de atribuição de sentido.

Narrativas e evidências científicas: experiência subjetiva e discurso médico

A perda de visão foi o tema escolhido para uma atividade dedicada a explorar os contrastes entre dois modos de construção do conhecimento em saúde. De um lado, a narrativa pessoal do adoecimento, marcada pela subjetividade e pela memória; de outro, a literatura científica, pautada por dados objetivos e evidências clínicas padronizadas. O objetivo era promover a reflexão sobre como essas diferentes formas de saber se articulam (ou se tensionam) na prática médica cotidiana.

Para discutir essa questão, os estudantes ouviram o episódio "Maria e Café", do podcast *Radio Novelo Apresenta*, que traz o relato de Maria Stockler Carvalhosa que se tornou cega após alguns erros médicos e um diagnóstico tardio de um tumor.[5] Em paralelo, leram o artigo de revisão "Neuro-

5 Disponível em https://radionovelo.com.br/originais/apresenta/maria-e-cafe/. Acesso em 1 de julho de 2025

Ophthalmic Manifestations of Intracranial Malignancies", publicado em periódico científico da área médica (Dermarkarian et al, 2020), cujo foco era descrever as manifestações neuro-oftálmicas de neoplasias intracranianas com base em evidências clínicas e estudos retrospectivos.

Maria é uma jovem, que enxergava perfeitamente até os 13 anos. De forma repentina, passou a ter dificuldades para ler, sentir tontura e apresentar pressão baixa. Foi então diagnosticada com hidrocefalia. O acúmulo de líquido no crânio estava pressionando seu nervo óptico, em decorrência de um tumor benigno. O dano ainda era reversível, mas um erro de diagnóstico cometido pelo primeiro neurocirurgião comprometeu suas chances de recuperação. Após uma sequência de cirurgias malconduzidas, perdeu quase completamente a visão. Não obstante, escutava repetidamente dos médicos que teria uma "vida normal" e que precisava apenas repousar e se recuperar. Mas sua vivência foi o contrário disso. Sentia-se presa a um ciclo contínuo de tratamentos, sem melhora e com agravamento progressivo da condição.

Durante muito tempo, resistiu a aceitar a cegueira. Evitava usar bengala, escondia sua condição e se agarrava ao "resíduo visual" como forma de negação. Sentia-se isolada e deslocada num mundo dominado por referências visuais. A decisão de usar bengala e, depois, de contar com o apoio de um cão-guia marcou um ponto de virada. Passou a perceber o espaço com outros sentidos e desenvolveu uma nova relação com o corpo, o ambiente e a linguagem. No contato com outras pessoas cegas, reconheceu que a impossibilidade de ver não representa uma falta, mas uma forma diferente de estar no mundo.

Ao contrário de um relatório escrito e ordenado (como o que aqui reconstruímos), o relato apresentado no podcast segue o fluxo das narrativas orais: a fala não acompanha necessariamente uma linha cronológica, as informações clínicas cruciais surgem apenas depois de muitos minutos, entremeadas por episódios da rotina, recordações pessoais e comentários afetivos. No caso de Maria, por exemplo, a explicação de que a perda de visão começou aos 13 anos, em decorrência de um tumor benigno e de uma série

de cirurgias malconduzidas, só aparece com clareza após cerca de 20 minutos de escuta. Até então, o foco recai sobre sua resistência em aceitar a cegueira, o receio de usar bengala, a insegurança nas ruas e, principalmente, a relação com o cão-guia que viria a transformar sua mobilidade e sua relação com o mundo.

Esse tipo de relato exige do ouvinte uma escuta atenta e empática. Ao contrário da leitura silenciosa de um texto, ouvir alguém contar sua própria história implica lidar com o ritmo, as pausas, as repetições, os desvios de assunto e o tom emocional da voz. Não é possível voltar com os olhos e recuperar alguma informação esquecida, destacar trechos ou reorganizar os fatos. O fluxo da fala impõe um tipo de atenção contínua e ativa, semelhante à que se espera de um profissional de saúde ao escutar um paciente.

Além disso, ouvir a própria Maria narrar sua trajetória permite que o sofrimento, as ambiguidades e as conquistas sejam apresentados não como abstrações clínicas, mas como vivências corporais, afetivas e sociais. A resistência em usar a bengala, por exemplo, não se limita à funcionalidade do instrumento, mas envolve questões de identidade, de imagem e de pertencimento. A novidade da relação com um cão-guia não é apenas uma mudança na técnica de locomoção, mas um ponto de inflexão subjetiva, que redefine sua forma de estar no mundo.

Esses aspectos dificilmente seriam apreendidos em textos científicos ou generalizações sobre "o que sentem as pessoas cegas". Entretanto, a consulta a textos científicos é também essencial à prática médica. O artigo lido, publicado no *Journal of Neuro-Ophthalmology*, sintetiza achados clínicos e de imagem baseados em uma série de publicações científicas, organizando os principais sinais e sintomas em função da localização dos tumores e de seus efeitos sobre estruturas neurológicas. O foco está na apresentação objetiva de dados biomédicos, com informações sobre as alterações no nervo óptico, a perda visual progressiva, os efeitos da compressão sobre vias visuais, as possíveis síndromes associadas, os exames indicados, os diagnósticos diferenciais.

A justaposição entre o artigo clínico e o relato em primeira pessoa não pretendia criar uma oposição entre ciência e experiência, mas permitir que os

alunos percebessem a diferença de registro, de linguagem e de propósito entre os dois textos. No artigo científico, o organismo é tratado em sua dimensão funcional e neurológica, descrito por meio de parâmetros observáveis e mensuráveis. Já na narrativa, é a experiência encarnada que ganha relevo, por meio de um corpo que sente, que teme, que resiste, que espera. Cada tipo de texto opera com linguagens distintas e, por isso, tem limites e alcances próprios.

O objetivo não era ensinar aos alunos que um desses registros é mais verdadeiro ou melhor do que o outro, mas mostrar como diferentes formas de discurso iluminam certos aspectos da experiência e obscurecem outros. O artigo contribui para o reconhecimento de padrões, a definição de condutas clínicas e o embasamento de decisões terapêuticas. A narrativa contribui para compreender como esses mesmos eventos são experienciados, nomeados, negados ou integrados por quem os vive.

A narrativa de Maria, colocada em contraste com o artigo clínico, evidencia questões fundamentais ao mostra que pacientes não são meras instâncias de leis gerais, e que a prática clínica não pode ser reduzida à simples aplicação de conhecimentos ou técnicas a casos particulares. O conhecimento científico — essencial para a medicina — não se confunde com o conhecimento clínico, que envolve a atenção à singularidade de cada história, o juízo diante da complexidade e a sensibilidade à experiência alheia. A boa prática médica não se sustenta apenas sobre evidências nem tampouco sobre o exclusivo interesse na experiência dos pacientes. Ela se apoia em um tripé: as melhores evidências científicas disponíveis, a expertise clínica (que inclui não apenas conhecimentos técnicos, mas também competências relacionais e habilidades interpretativas) e os valores, preferências e necessidades do paciente.

Ouvir uma narrativa em primeira pessoa, com sua carga afetiva, seus desvios e silêncios, foi uma maneira de colocar os alunos em contato com essa dimensão da clínica que ultrapassa o domínio da objetividade, mas que é igualmente central para o cuidado. Histórias como a de Maria não apenas complementam os dados objetivos, mas podem antecipar informações clínicas

cruciais, orientar condutas mais empáticas e alertar para riscos que os exames ainda não detectaram. Mais do que contrastar "ciência" e "vivência", a experiência buscava mostrar que, sem escuta qualificada, o conhecimento científico pode falhar justamente onde mais pretende acertar, no cuidado com o outro.

Observar, descrever, narrar: descobrindo relatos de pacientes

O terceiro eixo de trabalho envolveu a realização de encontros com pacientes ou acompanhantes, em que os estudantes pudessem ouvir, em primeira pessoa, experiências marcantes (positivas ou negativas) com médicos e tratamentos de saúde. Ao escutar essas histórias singulares, esperava-se que eles fossem levados a suspender o olhar clínico, que busca sintomas, padrões, diagnósticos, para escutar a narrativa como expressão de sentido, marcada por afetos, valores, silêncios e escolhas. A atividade visava, portanto, aproximar os estudantes da experiência vivida pelo paciente, com todas as suas complexidades e nuances, como exercício de formação ética e humanística.

Para tanto, além da habilidade de ouvir era necessário desenvolver a capacidade de observar e descrever, como realizado em iniciativas internacionais de formação médica como o programa *Training our Eyes, Minds and Hearts* da Harvard Medical School e *The Art of Seeing*™ da Universidade McMaster.[6] Ambos os programas foram concebidos com o objetivo de tornar os jovens médicos melhores observadores, por meio do aprimoramento das capacidades de percepção visual, comunicação não verbal e reflexão crítica. Nessas abordagens, a arte é utilizada como catalisadora de discussões sobre os

6 Sobre o programa Training our Eyes, Minds and Hearts, Harvard Medical School, cf. https://learn.hms.harvard.edu/programs/training-our-eyes-minds-and-hearts-visual-thinking-strategies-health-care-professionals?gadcampaignid=20305141640&gadsource=1&gbraid=0AAAApNMxye-W0Iyf-mHLgwu7I01npj9X&gclid=CjwKCAjwg7PDBhBxEiwAf1CVuyGEM0vxUzriIwgYhFl-4VHXlCxI1pU30FnKRsFUWinOWjEQoRVFAhoCKo4QAvDBwE. Acesso em 8 de julho de 2025 Sobre o programa The Arto f Seeing, cf. https://museum.mcmaster.ca/education/the=-art-of-seeing/#:~:text-The%20Art%20of%20Seeing%E2%84%A2,enhance%20personal%20and%20professional%20growth). Acesso em 8 de julho de 2025

desafios enfrentados na prática médica. O treinamento em letramento visual é central, de modo que os alunos são convidados a realizar análises formais de obras de arte, a descrever antes de interpretar, a tolerar a ambiguidade e a reconhecer múltiplas possibilidades de sentido.

A partir de algumas imagens (pinturas e fotografia) os alunos foram incitados a dizer o que viam, justificar suas observações com elementos visuais e ouvir as interpretações dos colegas, construindo assim uma escuta plural. A observação é um exercício essencial em contextos clínicos, nos quais os sinais nem sempre são claros e os sentidos nem sempre são unívocos. A atenção a detalhes, como expressões faciais, gestos e hesitações na fala, pode ser decisiva na prática clínica. Expressões sutis de dor, desconforto, ansiedade ou sofrimento psíquico frequentemente se mostram de maneira não verbal, exigindo atenção e disposição para observação plena. Observar bem é também um ato ético, que implica reconhecer o outro em sua singularidade, sem reduzir sua experiência a categorias genéricas.

A falta de atenção a detalhes relevantes ou a produção de interpretações precipitadas, sustentadas por crenças ou opiniões prévias do observador, pode levar a erros ou retardar o trabalho da equipe médica. O exercício de observar imagens também ajuda a refletir sobre experiências difíceis (como a morte ou a deterioração física), estimulando a empatia bem como auxiliando na elaboração dos próprios sentimentos.

Essas habilidades foram postas em prática quando os alunos, em duplas, foram ao encontro de pacientes e acompanhantes. Com papéis bem definidos, um deles atuaria como entrevistador, conduzindo a conversa, e o outro como observador, registrando expressões faciais, gestos, postura corporal, tom de voz, silêncios e sinais de desconforto físico ou emocional. A conversa deveria girar em torno de uma experiência significativa de adoecimento ou cuidado, escolhida livremente pelo entrevistado. O entrevistador era orientado a não interromper, nem buscar explicações técnicas, mas a escutar com disponibilidade e atenção.

O exercício foi realizado em ambiente real — a área médica da Unicamp — com pacientes e acompanhantes que aguardavam atendimento e aceitaram participar da conversa. A proposta da atividade não era produzir um relatório clínico, mas exercitar a capacidade de narrar, a partir de uma escuta sensível, uma experiência de contato com o outro, portador de uma história de adoecimento. Para quase a totalidade dos estudantes (em seu primeiro semestre do curso médico), este foi o primeiro contato com pacientes e acompanhantes. A exposição ao contexto hospitalar, associada ao desafio de recolher e interpretar histórias em tempo real, reforçou a importância da observação atenta e da suspensão de julgamentos rápidos, essenciais para a prática clínica comprometida com a complexidade da experiência humana.

Ao final, as duplas trocavam impressões sobre o encontro, expondo o que sentiram, o que observaram, que tensões surgiram, que sentidos puderam ser intuídos, e redigiam uma narrativa que o apresentasse. As textos produzidos constituem um material rico, que permite múltiplas abordagens.

Em primeiro lugar, chamam atenção as diferenças no modo como os estudantes descrevem os pacientes com quem conversaram. Há textos mais impessoais e clínicos, e outros que tentam captar a singularidade daquele corpo presente, indicando a idade presumida, o modo de se vestir, o tom de voz, o olhar, a postura. Em alguns casos, essa descrição se estende à caracterização emocional da cena, revelando o esforço dos alunos para perceber o outro como sujeito e não como um caso ou diagnóstico. Em segundo lugar, observa-se uma variação importante na forma de escuta relatada. Alguns admitem ter inicialmente conduzido a conversa como um questionário, buscando informações rápidas, mas depois perceberam a necessidade de deixar o tempo da fala se expandir. Outros destacam a surpresa ao encontrar histórias muito diferentes daquelas que esperavam ouvir, sobretudo naqueles casos de doenças mais graves, o que os levou a rever preconceitos sobre a maneira como doentes graves vivem a situação e a exercitar uma escuta mais aberta.

As próprias narrativas produzidas pelos estudantes são construções complexas. Nelas se misturam o relato do paciente e o relato da própria

experiência. A entrevista torna-se, assim, também uma narrativa sobre si, em que se apresenta a tensão de abordar um desconhecido, o desafio de compreender um discurso ambíguo, o esforço para acolher o que é dito sem julgar. Em alguns casos, os textos registram transformações sutis, como uma mudança de olhar, o desconforto diante do sofrimento alheio, a dificuldade de saber o que dizer ao ouvir certas revelações.

Esse duplo movimento, de ouvir o outro e refletir sobre si mesmo, é fundamental para a formação clínica. A experiência se intensifica no caso de narrativas que expõem situações-limite. Algumas das histórias ouvidas envolveram experiências de violência, descaso ou vulnerabilidade extrema. A mulher que relata ter sido abusada por um médico durante seu primeiro exame ginecológico; a mãe que, após meses de preparo, levou a filha para uma cirurgia cardíaca que não aconteceu por falta de um simples catéter; a paciente que descobriu tardiamente uma fratura no acetábulo não diagnosticada corretamente, resultando em uma necrose, e na perda de 10 centímetros de osso em uma das pernas. Narrativas como essas exigem uma escuta ética e crítica, pois não basta acolher, é preciso também reconhecer as falhas do sistema de saúde e pensar em caminhos possíveis de reparação e transformação. Os estudantes ouviram, ainda, relatos de experiências positivas, como o de uma senhora com asma crônica grave, cuja qualidade de vida melhorou significativamente após obter, via judicial, uma medicação de alto custo, com apoio dos médicos da universidade, remédio este que, posteriormente, foi incorporada ao SUS, estendendo o benefício muitos outros doentes. Ou o caso do paciente asmático que relembra a forma bem-humorada com que uma médica lhe disse que o tratamento estava tendo resultados tão positivos que ele "poderia até subir um morro". E situações em que a evidente carência de atenção fez com que o entrevistado narrasse muito mais do que lhe foi pedido e prolongasse a conversa pelo prazer de ter alguém prestando atenção às suas experiências de vida.

Ao elaborar as narrativas, alguns alunos refletiram sobre seu próprio papel, relatando a dificuldade de manter atenção simultânea à escuta verbal, à

observação de detalhes físicos e à memória do conteúdo da fala do entrevistado. Outros referiram vergonha por ter que abordar um desconhecido e pedir-lhe que narrasse uma experiência marcante. Uma das estudantes relatou que essa experiência fez com que ela se colocasse na pele de um paciente quando entra em um consultório, encontra um médico que nunca viu, e tem que apresentar para ele problemas íntimos.

As narrativas produzidas revelam que observar é mais do que ver. É prestar atenção, estar presente e envolver-se com aquilo que está diante dos olhos. Transformar um encontro em narrativa deu forma e sentido à experiência. Ao se colocarem frente a alguém desconhecido, em situação real, e escutarem sua história de adoecimento, os alunos foram desafiados a exercer não apenas suas habilidades comunicativas, mas também sua escuta sensível, sua atenção ética e sua capacidade de reflexão crítica. Aprenderam, na prática, que nem toda dor é visível, que nem toda história é linear e que o cuidado exige disponibilidade para acolher o outro em sua complexidade. O desconforto gerado por certas escutas — diante do sofrimento, da injustiça, da própria limitação de saber o que dizer — foi vivido como parte do processo formativo. Ao narrar essas experiências, os estudantes iniciaram um caminho de elaboração e compreensão, em que observar e escutar tornam-se, eles mesmos, formas de cuidado.

Narrativas que ensinam: aprendizados e deslocamentos

A introdução do estudo de narrativas na formação médica não foi isenta de tensões, pois ela desafia expectativas e questiona hierarquias de saber. Alguns estudantes consideraram que o aprendizado de conteúdos mais diretamente ligados ao funcionamento do corpo, a técnicas diagnósticas e tratamentos tem clara precedência sobre o aprendizado de como escutar,

compreender e registrar histórias, tido por eles como supérfluo, pois seriam habilidades "naturais", que supostamente já trariam de sua formação anterior. Para eles, o foco na escuta, na observação e na reflexão sobre a experiência subjetiva não parece central para a formação médica. Entretanto, a presença de dúvidas, desconfortos e até rejeições pode ser vista como parte do processo formativo. Ao serem convidados a lidar com a ambiguidade, com a multiplicidade de sentidos e com a escuta do outro, eles foram levados a reconhecer que a prática médica não se esgota na aplicação de protocolos.

A disciplina Bases Humanas da Prática Médica foi concebida não apenas para transmitir conteúdos, mas para proporcionar experiências formativas capazes de deslocar, afetar e transformar o olhar dos futuros médicos.

Os testemunhos escritos pelos alunos ao final da disciplina revelam os efeitos concretos dessas vivências, iluminando os aprendizados éticos, afetivos e cognitivos que emergiram do contato com as narrativas.

A escuta, elemento central das atividades propostas, aparece nos textos como uma prática transformadora. Muitos relatam ter sido afetados pela experiência de ouvir sem interromper, sem antecipar conclusões, permitindo que o outro conduzisse a narrativa. Ao sair do lugar de quem sabe ou de quem pergunta apenas em busca de sintomas, puderam se aproximar de experiências de dor, vulnerabilidade e resistência que desafiaram seus referenciais prévios.

Os exercícios com obras de arte, mencionados com entusiasmo por diversos estudantes, permitiram desenvolver um olhar mais atento e sensível, capaz de perceber nuances e detalhes que passam despercebidos no cotidiano sobrecarregado por matérias, termos técnicos e tópicos que requerem memorização. Descrever antes de interpretar, tolerar a ambiguidade e reconhecer múltiplas possibilidades de sentido foram habilidades mobilizadas tanto na escuta de pacientes e acompanhantes quanto diante de imagens ou no contato com interpretações radicalmente distintas de uma mesma história.

O desconforto também foi componente importante da experiência formativa. Abordar um desconhecido em um hospital, escutar histórias

marcadas por sofrimento, lidar com a própria insegurança frente ao inesperado gerou tensões que foram elaboradas nos relatos finais. Muitos mencionaram surpresa ao ouvir narrativas que fugiam ao esperado, desestabilizando suas categorias de análise e exigindo uma escuta mais aberta. Essa dimensão de deslocamento, de sair do lugar habitual, rever certezas, abrir-se ao inusitado, foi vivida como uma oportunidade de crescimento.

A escrita de narrativas foi compreendida como instrumento de elaboração e reflexão. Ao transformar a experiência vivida em texto, os alunos foram convidados a organizar sentidos, nomear afetos, reconhecer limites e aprender com o encontro. Alguns reconheceram que, ao escrever, puderam olhar para si mesmos com mais clareza, percebendo o impacto que o outro lhes causou. Essa dimensão autorreflexiva da escrita foi identificada como um aprendizado importante para a prática clínica.

Os relatos mostram que os alunos foram levados a experimentar a incerteza como parte do processo de construção de sentido, reconhecendo que compreender uma narrativa não é simplesmente aplicar um saber previamente dado, mas criar significados em diálogo com o outro. Ao perceber a existência de diferentes pontos de vista (o do colega, o do paciente, o do familiar), entenderam que o cuidado é uma prática ética e relacional, que envolve corpos, contextos e afetos.

Por fim, os relatos dos pacientes foram percebidos como fonte para reflexões éticas e políticas. Muitos mencionaram a importância do SUS e o impacto das desigualdades sociais sobre o acesso e a qualidade do cuidado. A experiência os aproximou da realidade concreta de seus potenciais futuros pacientes, contribuindo para formar um olhar atento às condições materiais e afetivas que atravessam a prática médica no Brasil de hoje. Testemunhando a afirmação de Kristeva, "é pela narrativa e não pela língua em si que se realiza o pensamento político". (Kristeva, 2002, p. 87).

A experiência da disciplina Bases Humanas da Prática Médica mostrou que narrativas não apenas informam, elas formam. Ao provocar deslocamentos,

promover encontros e gerar reflexão, as histórias interpretadas, escutadas e escritas contribuíram para a construção de uma prática clínica mais sensível, crítica e comprometida com a complexidade da experiência humana.

Referências

BOHANNAN, Laura. (1966). Shakespeare in the bush. *Natural History Magazine.* Aug-Sept.

CHARON, Rita *et al*. (2016). *Principles and practice of narrative medicine*. Oxford: Oxford University Press.

CHARON, Rita. (2006). Narrative medicine. Honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press.

DERMARKARIAN Christopher R. *et al* (2020). Neuro-Ophthalmic Manifestations of Intracranial Malignancies. *J Neuroophthalmol*. Sep;40(3):e31-e48. doi: 10.1097/WNO.0000000000000950. PMID: 32282510.

EPSTEIN, Julia (1992). Historiography, Diagnosis, and Poetics. *Literature and medicine*. John Hopkins University Press, vol 11, num. 1; pp. 23–44. PMID: 11608053 DOI: 10.1353/lm.2011.0287

FLECK, Ludwig. (2009). *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: FabreFactum Editora.

FREUD, Sigmund (1980). *A Interpretação dos sonhos*. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago. Vols. 4 e 5.

FULFORD, Bill (2004). Facts / Values: Ten Principles of Values-based Medicine. *In:* RADDEN, Jennifer. *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*. Oxford: Oxford University Press.

HOWICK Jeremy *et al* (2024). Towards an empathic hidden curriculum in medical school: a roadmap. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 30(4):525–32.

KRISTEVA Julia. (2002) *O Gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras.* Hanna Arendt. Tradução de Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Rocco Editora. Tomo I.

MENEZES JUNIOR, Antonio da Silva, COSTA, Aline Fonseca de Oliveira, ARRUDA, Marcos (2021). Educação médica e as diretrizes curriculares nacionais: realidade ou utopia – revisão sistemática literária / Medical education and the national curriculum guidelines: reality or utopia - systematic literary review. *Brazilian Journal of Development*. 7(5):50464–77.

MOURA, Ananda C. A. de *et al.* (2020). Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: Revisão sistemática. *Revista brasileira de educação médica*. 44 (03).

RICOEUR, Paul (1997). *Tempo e narrativa*. Tradução de Constança Marcondes César.

Campinas: Papirus. Tomo I.

STENGERS, Isabelle (2023). *Uma outra ciência é possível*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.

WOOD, James (2017). *A coisa mais próxima da vida*. São Paulo: SESI-SP Editora.

YU Megan. (2017.) When I say … narrative competence. *Medical Education*. Dezembro de 2017; 51(12):1203–5.

ZAHARIAS George. (2018). What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1, 2 e 3. *Canadian family physician*. Canada: College of Family Physicians of Canada.

Capítulo 9

Entra por uma porta e sai pela outra, quem quiser que conte outra. Fomentando a construção de histórias na pesquisa narrativa

Neide Emy Kurokawa e Silva
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

O casal, ambos na casa dos 70 anos, adentra ao consultório médico e senta-se em frente ao profissional, que pergunta ao homem: *e aí, Sr. Alfredo, tudo certo desde a última consulta? Está tomando direitinho os medicamentos? Diminuiu o sal?* O Sr. Alfredo reage imediatamente, contando que a filha se casou no mês passado e que tiveram que viajar para Belo Horizonte. Foi a primeira vez que andaram de avião. E começa a falar do medo, da insistência da filha, da vontade de desistir de comparecer ao casamento. Diante da visível impaciência do médico, a mulher interrompe o relato, repreendendo o esposo: *Ele perguntou dos remédios e do sal. Ele não quer saber de casamento!*

Não é raro que as condutas clínicas sejam guiadas quase que, ou exclusivamente, por informações sobre sinais, sintomas, queixas clínicas,

fazendo com que tudo o que exceda esse contexto seja considerado impertinente ou objeto de julgamentos morais acerca dos pacientes (que ingere muito sal, que não pratica exercícios físicos, que não se cuida...).

Falar de si, narrar as histórias, especialmente se contadas demoradamente, parece não se coadunar com as informações consideradas necessárias para uma conduta clínica, com a disponibilidade de tempo do profissional e com as exigências institucionais. Benjamin (1987) postulava que o declínio da capacidade humana de vivenciar, narrar e compartilhar experiências teria uma raiz mais profunda, decorrente da ascensão da sociedade industrializada e da veiculação de informações fragmentadas, típicas da Modernidade.

Ao lado de tal panorama, observa-se um movimento no campo da saúde, que busca recuperar ou valorizar o lugar da experiência e da narração, tanto nas práticas quanto nas pesquisas. Muitos autores têm protagonizado tal movimento, como Kleinman, Frank, Greenhalgh, Hurtwitz, Riessman, Charon e Bury (NUNES, 2018). Polkinghorne (1995) vislumbrava uma "virada narrativa" no campo médico, passando a valorizar a compreensão da experiência humana e seus significados. E Nunes (2018) falava em "momento de franco desenvolvimento do campo narrativo em medicina/saúde/adoecimento", ao comentar um trabalho da Organização Mundial da Saúde sobre o uso de pesquisa narrativa no setor saúde (GREENHALGH, 2016).

Nesse bojo, o recurso a narrativas nas pesquisas qualitativas no campo da saúde tem sido bastante disseminado, com distintas finalidades e a partir de diferentes abordagens teóricas e metodológicas (NUNES, 2018; CECCON et al, 2023), mas, ao mesmo tempo, é importante considerar as situações em que alguns participantes encontram dificuldade em tecer suas histórias, dados os constrangimentos típicos da vida moderna, especialmente no modo de lidar com o tempo e com as novas formas de comunicação instantâneas. Diante dessa dificuldade de obter "boas" narrativas nas pesquisas, o presente texto descreve uma experiência de alternativa metodológica frente a tal obstáculo no

processo de investigação, que se utilizou da apresentação de histórias fictícias antecedendo as narrativas dos participantes da pesquisa.

O Contexto da pesquisa

Tratava-se de pesquisa qualitativa que objetivava compreender como as narrativas podem contribuir para práticas pedagógicas críticas na educação em diabetes. As entrevistas foram realizadas com pessoas que vivem com essa doença e que são matriculadas em uma unidade básica de saúde no município de São Paulo.

Ao início do projeto, a proposta era fomentar a livre construção de narrativas pelos entrevistados. Três pessoas que vivem com diabetes e uma que não tem diagnóstico da doença, todas captadas de rede informal de amizade da pesquisadora, participaram da fase de pré-teste das entrevistas, identificando-se, já nas primeiras abordagens, a dificuldade de alguns dos informantes em narrarem espontaneamente suas histórias, a despeito de que, ao serem convidadas, foram informadas de que se tratava de uma entrevista que consistiria em contar suas histórias. Além de ouvir comentários como: *minha história não tem muita coisa não;* você *quer que eu fale sobre o quê?* muitas das narrativas se apresentaram muito suscintas e truncadas ou então se restringiam ao diabetes e ao cumprimento das prescrições médicas, especialmente quanto à dieta. Ou seja, eram relatos carentes de um enredo, com cenas, cenários e personagens. Chamava a atenção que alguns dos informantes eram até bem-falantes em outras situações, mas pareciam travar diante do contexto de entrevista.

Diante desse impasse, utilizando-se do mesmo quadro conceitual que orientou essa pesquisa, que articulou a pedagogia crítica de Paulo Freire com a teoria narrativa de Paul Ricoeur (SILVA & AYRES, 2024, 2025), propôs-se uma etapa anterior à narração da própria história, de leitura de uma história fictícia.

De Freire (1989, 2016), captou-se a ideia de leitura do mundo, enquanto processo que envolve uma compreensão crítica da realidade, e de Ricoeur, a exploração do mundo do texto, tendo a interpretação de um texto como uma via de compreensão de si mesmo e do outro.

A leitura de uma história propicia um distanciamento capaz de trazer à luz situações por vezes muito incorporadas ao cotidiano e, portanto, não tematizadas. Além disso, as histórias permitem que os leitores possam concordar, discordar, criando, ou não, empatia com os personagens, enfim, problematizando o curso das ações e abrindo possibilidades de novas significações.

Com essa ideia, o próximo passo foi o de construção da história fictícia. Que elementos deveria conter, a fim chamar a atenção para situações limites da vida e propiciar processos de problematização? Como ela deveria ser apresentada, considerando o perfil dos participantes?

A construção da história fictícia

A trama das histórias desenvolvidas para a investigação buscou reunir completude, totalidade e extensão apropriadas, a fim de manter uma coerência interna mínima, com princípio, meio e fim, enquanto síntese temporal. A ideia de síntese remete a um recorte de mundo, segundo certa configuração, mas aberta a tantas outras. Também teve como corolário a síntese de elementos heterogêneos, ou seja, contendo múltiplos acontecimentos que expressam uma história completa e singular, incluindo interações, conflitos, situações não desejadas (RICOEUR, 2001, 2006, 2019)

Recorreu-se a pesquisas que trouxessem o universo de pessoas que vivem com diabetes, retratando a experiência de viver com essa doença crônica. Em especial, dois estudos brasileiros contribuíram para emoldurar o enredo da história fictícia: o trabalho de Cyrino (2009), que traz as vozes de

profissionais de saúde e de pacientes, explorando a complexidade do cuidado e autocuidado e ressaltando os "saberes da experiência" e a obra de Basaglini (2008), que analisa representações e o viver com a doença.

Foram construídas duas histórias, considerando distinções culturais e identitárias de gênero, tendo como personagens Pedro e Marli, a serem apresentadas, respectivamente, aos homens e mulheres participantes da investigação.

O pré-teste dessa etapa foi feito com outras três pessoas recrutadas da rede de amizade, que avaliaram especialmente a pertinência do enredo, da linguagem do narrador, e da configuração temporal e espacial da trama. Enfim, interessava saber suas impressões sobre a capacidade das histórias em propiciar contextos familiares, além de questionamentos e reflexões a respeito da trama.

De um modo geral, a proposta foi considerada adequada, com algumas sugestões em relação ao tamanho das legendas (que poderiam ser maiores). A trama também foi avaliada como adequada, inclusive por provocarem lembranças de experiências pessoais e sobre terceiros acerca do diabetes.

Quadro 1. Estruturação das histórias

Forma de apresentação	Slides, incluindo imagens, áudio e legendas, visando contemplar pessoas sem domínio da leitura. Poucos elementos pictóricos, a fim de não interferir no processo de imaginação (Anexos)
	Narrativas em primeira pessoa, como se estivessem concedendo uma entrevista à pesquisadora
	Linguagem coloquial
Elementos das narrativas	O/a narrador/a mostrou-se inicialmente relutante em contar sua história
	Cenas e cenários familiares a moradores do município de São Paulo
	Trama envolvendo situações diversas: relações (familiares, no trabalho, com serviços de saúde), projetos, vulnerabilidades ao cuidado (temores, falta de informações, sentidos e experiências com a doença)
	Significados, conhecimentos sobre e como lida com o diabetes
	Finalização da narrativa em aberto, permitindo que os leitores, ouvintes elejam e reconfigurem a história.

Os participantes da pesquisa

Foram entrevistadas doze pessoas que viviam com diabetes, conforme quadro abaixo, com nomes fictícios para proteção do sigilo e anonimato.

O perfil geral dos usuários atendidos na unidade de saúde, local da pesquisa, era de pessoas com mais de 50 anos, com escolaridade distribuída entre o ensino fundamental e superior. A região em que se localizava o centro de saúde, no município de São Paulo, é marcada por contrastes típicos dos grandes centros urbanos, reunindo bolsões de pobreza e de riqueza.

Quadro 2. Perfil dos participantes da pesquisa

Codinome	Idade	Profissão	Escolaridade	Tempo diagnóstico	Uso insulina
Amador	71	Aposentado Engenheiro Agrônomo	Superior	20 anos	Sim
Alexandre	80	Aposentado Metalúrgico	Fundamental incompleto	15 anos	Sim
Candido	51	Trabalhava com entregas. Atualmente faz bolo de pote para venda	Médio	10 anos	Sim
Ilda	71	Desempregada Não conseguiu aposentar	Fundamental	Não sabe ao certo Iniciou tratamento na UBS em 2019	Sim
Joaquim	49	Motorista caminhão	Médio	15 anos	Sim
Lucio	65	Engenheiro civil	Superior	+ 10 anos	Sim
Luan	66	Desempregado Mestre de obras	Médio	8 anos	Sim
Margarida	72	Aposentada Escriturária	Superior Pedagogia	22 anos	Sim
Marialva	72	Diarista	Fundamental incompleto	22 anos	Sim
Monalisa	60	Aposentada Serviços gerais	Fundamental	9 anos	Sim
Nelci	62	Dona de casa	Superior Administração	15 anos	Sim
Suellen	68	Desempregada Babá	Fundamental	2 anos	Não

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ao qual o projeto está vinculado, em conformidade com as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 35374620.6.0000.0068)

As histórias

Anteriormente à apresentação das histórias, foi feito um rapport, buscando ambientar a/o participante, para que pudesse entrar no clima da pesquisa e, na sequência, realizava-se a leitura e conversa sobre o consentimento livre e esclarecido.

Anunciávamos que antes da entrevista seria apresentada uma história (de Marli ou Pedro) para a qual pedíamos que prestassem bastante atenção. Ao final, caso fosse preciso, poderiam reler ou rever a história. Oferecíamos a possibilidade de lerem o texto em voz alta ou em silêncio ou então de assistirem à apresentação dos slides em um notebook. Uma participante mulher preferiu ler em voz alta, dois homens, em silêncio. Os demais optaram por assistirem à apresentação dos slides.

Trama da história de Marli

Marli passou a infância em uma cidade do nordeste. O pai tinha diabetes e não cuidava da saúde. Bebia muito e insistia em não seguir a dieta recomendada pelo médico, a despeito da esposa buscar cozinhar seguindo a prescrição do profissional. O pai alegava que não queria comer "insosso" pois era coisa de doente.

Com a intenção de estudar, Marli mudou-se para São Paulo para trabalhar em casa de família. Entretanto, as condições do trabalho não

permitiram que estudasse. Incentivada e ajudada por uma vizinha, conseguiu emprego em uma confecção.

Passou a morar em um pensionato e começou a trabalhar como faxineira na confecção, mas logo foi aprendendo o ofício de costureira e promovida para essa função. Ganhava o suficiente para ajudar a mãe e também poupar.

Conseguiu se matricular na escola e, embora muito entusiasmada no início, constatou que estava "enferrujada" e sem preparo para acompanhar satisfatoriamente o curso. Mesmo assim, conseguiu concluí-lo. Considera que o saldo positivo de frequentar a escola foi ter conhecido o marido, mais maduro e experiente que ela.

Logo tiveram uma filha e, embora o marido quisesse ter mais um filho homem, ela não desejava mais engravidar. Tomava pílula pois o marido não gostava de usar camisinha e essas eram as únicas opções contraceptivas ofertadas pelo posto de saúde. Ela tinha vontade de fazer a laqueadura, mas foi informada no posto que não poderia. Não entendia o motivo.

Com o tempo, compraram um terreno e iniciaram a construção da sonhada casa própria. O marido aguardava iniciar em um novo emprego e enquanto isso trabalhava na construção da casa, ocasião em que caiu da laje, ficando em coma por um mês. Sobreviveu ao acidente, mas ficou paraplégico.

Diante do desemprego e da situação do marido, Marli, começou a fazer doces e vende-los na estação de trem antes de ir para a confecção, a fim de assegurar a renda familiar.

Com o tempo, nesse ritmo de trabalho, começou a emagrecer muito e sentir-se sem disposição. Algumas pessoas achavam até que fosse aids. Quando foi a médico, teve o diagnóstico de diabetes.

Marli associa a doença ao fato de fazer doces e experimentá-los. Ao mesmo tempo, lembrou do pai, que também tinha diabete. Revoltou-se pois, diferentemente dele, ela nunca nem ingeriu bebida alcoólica. O doce, sim, ela utilizava, considerando que adoça não só a boca, adoça a vida!

A médica espantou-se com o resultado do exame de glicose, que estava acima de 600. Ela nem sabia se era muito ou pouco, mas também ficou assustada.

A primeira coisa que fez ao sair da consulta foi pedir que a filha pesquisasse sobre a doença na *internet*. Foi quando soube mais sobre as restrições alimentares e recomendações. Mas nem tudo "entrou na cabeça" de pronto.

No posto de saúde também deram uma série de recomendações, especialmente quanto à dieta e prática de exercícios. Ela avalia que não conseguiria segui-las à risca. Como fazer doces sem experimentar? E em que momento fazer exercícios, se acordava as 5 da manhã e dormia por volta da meia noite?

Ela se esforça, mas a glicose continua alta. Teme ter que começar a utilizar insulina, pois ouviu dizer que a vida se torna um inferno, que a pessoa não tem mais vida quando começa a utilizá-la. Sua casa já parece uma farmácia, com tantos remédios, dela e do marido.

Encerra a narrativa lembrando que o diabetes também pode ser coisa "dos nervos", já que a vida não está fácil.

No posto, indicaram que ela participasse de um grupo, mas é na hora do trabalho. Além do medo de perder o emprego, não gostou da experiência que teve ao participar de um deles.

Agora aguarda a próxima consulta, na semana seguinte, para saber o que acontecerá.

Trama da história de Pedro

Pedro nasceu em São Bernardo do Campo, cidade de São Paulo onde se concentrava o grande polo da indústria automobilística no Brasil.

A mãe faleceu quando ainda era criança e ele foi criado por uma tia, pois o pai trabalhava o dia todo, em uma metalúrgica. Conviveu pouco com os irmãos.

O pai bebia muito e a tia comentava que o pai havia perdido o gosto pela vida após a morte da mãe. O pai casou-se novamente, mas Pedro continuou a viver com a tia. Fez o curso técnico de torneiro mecânico e logo conseguiu emprego em uma das montadoras da cidade, com um bom salário.

Era responsável no trabalho, mas aproveitou bem a vida de adolescente, em barzinhos e bailinhos, além de saídas de carro com os colegas.

O tio se preocupava e dizia que deveria pensar no futuro e poupar, já que um dia teria uma família. Ele ouvia respeitosamente os conselhos do tio, mas não os seguia.

Começou a se aproximar de uma colega da empresa, namoraram e casaram-se. Estão juntos há 35 anos. Têm 2 filhos, sendo que a menina é professora e o menino não quis estudar. Irá fazer o curso supletivo.

Com o fechamento das montadoras na cidade, ambos foram dispensados. A mulher abriu um salão de beleza e ele foi trabalhar na oficina mecânica de um colega. Entretanto, as coisas estavam difíceis e o dinheiro das indenizações foi acabando.

Nesse tempo, Pedro começou a sentir-se muito cansado e a engordar. Não tinha disposição para nada. Inclusive dando a entender que na vida sexual também não tinha mais desejo.

Por insistência da esposa foi ao posto de saúde e foi diagnosticado com diabetes e hipertensão.

Não sabia muito sobre a doença, mas sabia que o pai, que também tinha diabetes, amputou um dos pés. Também sabia que não podia comer doce, mas como ele não gostava de doce, nem se preocupou com o diagnóstico.

Foi informado que teria que usar insulina, além de ter sido orientado sobre as restrições alimentares e práticas de atividades físicas.

O médico lhe disse que isso era uma questão de vida ou de morte. Ele deveria escolher. Mesmo diante dessa ameaça, Pedro avalia que tem outros problemas e prioridades na vida.

Relata que anda mais nervoso e sem paciência, inclusive com a esposa e filhos, que ficam querendo regular sua vida.

Aguarda a próxima consulta para fazer novos exames, mas já desmarcaram duas vezes.

A recepção das histórias fictícias

Para conhecer a experiência de escuta/leitura da história, foi elaborado um roteiro com alguns itens que serviram apenas para guiar a entrevista, não se atendo rigidamente ao seu teor e sequência.

Roteiro de entrevista referente à história fictícia

- Como foi o contato com a história? Facilidade de leitura, dificuldades operacionais, interesse.
- Pensando na história como um todo, o que mais lhe chamou a atenção? Explorar personagens, acontecimentos, cenas, cenários.
- Proximidade da história com a vida do dia a dia. Explorar como lida com as situações, se conhece outras histórias.
- Quem é Marli/Pedro? Como a/o descreveria?
- O que vai acontecer com Marli/Pedro? Por que? É o que gostaria?
- Já se sentiu Marli/Pedro alguma vez na vida? O que faria diferente de Marli/Pedro?
- Título que sugeriria para o texto
- Comentários espontâneos

Os primeiros comentários tecidos pelos participantes da pesquisa, acerca das histórias fictícias, giraram em torno da identificação, própria ou com terceiros, com relação aos seus personagens, histórias e contextos de vida, tal como ocorrido no pré-teste.

A falta de condições de trabalho e a personalidade forte da personagem Marli foram ressaltadas pelas leitoras/ouvintes:

A história dela é muito parecida com a minha também. Também meus pais eram da roça, trabalhei na roça e depois em casa de família. (...) É isso mesmo que ela fala. Mesmo que você queira comer, as pessoas que tá no seu entorno não deixa, fica assim: olha, você não pode comer! (Marialva)

Chamou minha atenção a determinação dela, uma mulher forte. Eu percebi que ela é guerreira. Acho muito legal a pessoa que tem uma determinação, um esforço para vencer na vida. Lembrei da mina mãe, ela sofreu trabalhando quase de escrava. E a minha mãe também teve diabetes. Por meio das lutas que Deus dá vitória, igual a nossa amiga aqui, que contou a história dela. (Monalisa)

Marli é uma vencedora, uma batalhadora. Trabalhou e estudou. O que a vida deu para ela, ela não desperdiçou. Eu também sempre corri atrás dos meus interesses. É mais ou menos parecido com a Marli, aí do marido ficar doente e eu ter que batalhar para por o que comer dentro de casa. (Suellen)

A história de Pedro provocou ponderações acerca do seu estilo de vida, envolvendo identificações e julgamentos morais sobre a conduta do personagem e mesmo dos homens em geral.

O Pedro, quando era novo, era igualzinho a mim. Aliás, o Pedro é igual a mim! Ele também gostava de baile e de final de semana ninguém me segurava em casa! (Lucio)

...o Pedro ele foi indo muito bem, um rapaz novo. Já trabalhava no lugar certo ali. Ele era metalúrgico, né? E ele estudou. A proposta que falaram para ele, ele pegou. Só que eu achei... olha, eu já bebi muita cerveja! Parei! Parei faz 20 anos. Mas não é certo ele se envolver com a bebida, deixar as coisas de Deus para ir para as coisas do mundo... Então foi essa parte eu achei bom que ele foi um homem estudado tudo, mas nessa parte, como diz o outro, ele pisou na bola. (Alexandre)

Nos comentários de Candido, a história de Pedro logo lhe suscitou a questão do autocontrole, tão presente nos discursos sobre diabetes:

Me chamou a atenção que a maioria do povo é desse jeito mesmo. Trabalha, mas não cuida da saúde né? (...) não quer ir no médico, ter um acompanhamento médico. Não faz um exame de sangue. Tem gente que nunca fez exame de sangue. Aí fica ruim né? Tem que ter. No meu ponto de vista, tem que ter acompanhamento, tem que viver, tem que pensar... Tem a família, tem tudo, mas tem que ter. Muitas vezes, um pai de família tem dificuldade e ele esquece da saúde prá cuidar só da família. (Candido)

A menção ao controle alimentar, não raramente, veio acompanhada da legitimação da autoridade médica. Embora, em geral, fosse levantado o estorvo que representava a pressão das esposas quanto ao seguimento da dieta, no caso de Alexandre, foi ressaltado o reconhecimento da sabedoria da esposa.

Olha, eu, se eu visse ele [Pedro] aqui, agora, eu falava: você acompanha seus médicos. O que o médico falar, você acompanha. E em segundo lugar, a sua mulher. Se você fizer o que os médicos mandam e o que a sua mulher quer de você, você vai viver muito tempo. Eu acredito muito nos médicos. Aqui na terra, muito. Agora, se *nós desobedece* o médico, vai obedecer quem? Porque o médico que fala o que faz mal e o que não faz. Quando eu vejo o programa de médico falando na televisão eu escuto muito ele. É isso que eu tenho para falar. (...) conheci um cantor que comia açúcar escondido. Quando a mulher descuidava um pouquinho ele ia lá comer o que queria. E acabou morrendo. (...) Olha, às vezes eu faço um certo regime que se não fosse ela (esposa), eu não fazia! Eu levo ali no pé da letra.

Ao ouvir a história de Pedro, Luan logo reagiu, dizendo que "o Pedro é o meu cunhado!". E passou a relatar a história do cunhado, que se recusa terminantemente a tratar o diabetes. A despeito do seu próprio diagnóstico e das dificuldades que enfrenta para cuidar da saúde, a condição do cunhado pareceu apresentar-se como uma situação limite (FREIRE, 2016), ou seja, um obstáculo à primeira vista intransponível para Luan, frente à gravidade do problema.

Os comentários que sucederam a leitura das histórias fictícias conectaram-se às narrativas das próprias histórias, não raramente tecendo-se comparações e distinções entre ambas.

Com exceção de um participante, para o qual foi necessário certo direcionamento da narrativa por meio de perguntas, nos demais casos, as histórias fluíram espontaneamente, sendo que as intervenções da pesquisadora visaram, em geral, apenas aprofundar algum tema ou conteúdo.

A leitura/escuta das histórias funcionou como um momento de "preparo" dos informantes para que elaborassem a ideia de contar suas próprias histórias, diferentemente do ocorrido durante o pré-teste, quando os participantes pareciam perdidos, sem saber por onde começar e o que abordar, trazendo narrativas carentes de ação, personagens, enredo.

O processo envolvendo narrar-ouvir-refletir-disseminar exige um tempo, o qual, em geral, não se dispõe e não se exercita.

Como dito, Benjamin (1987) diagnostica essa pobreza como um sintoma da Modernidade, de desvalorização das experiências e do seu compartilhamento, que cumpriam sua vocação pedagógica que, sem impor, indicavam temas morais, sugestões práticas ou normas de vida, calcadas na sabedoria. Das argumentações trazidas pelo autor, vale resgatar aquela que coteja as ideias de narrativa e informação. Diz o autor:

Cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. E, no entanto, somos pobres em histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. (...) a informação aspira uma verificação imediata (...) ela precisa ser compreensível 'em si e para si'. p. 203

Se no ato de informar as perguntas já vêm seguidas de respostas, as narrativas deixam as explicações em aberto, dando liberdade para que o leitor/ouvinte seja "livre para interpretar a história como quiser, e, com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação." (p. 203). Ou seja,

a história fictícia pode propiciar ponderações, comparações, críticas, outros cursos para as narrativas, além de reflexões sobre a própria história.

Considerações finais

Os textos fictícios trouxeram uma referência de mundo que incluiu o diabetes, sem se restringir a ele.

Ao falarem de Marli e de Pedro, os participantes da pesquisa também falaram sobre si, emitindo juízos, corroborando expectativas, identificando situações problemáticas. Falaram de si a partir do outro, evocando experiências pessoais, reconstruídas através do tempo, em um processo de interpretação e reinterpretação (RICOEUR, 2019).

Ao transformar essa etapa da pesquisa não apenas como indutora de construção de narrativas sobre as próprias histórias, foi possível torná-las, elas mesmas, em mais uma fonte de elementos para a compreensão das experiências dos participantes.

E, para além dos contextos de pesquisas envolvendo narrativas, o investimento em práticas que estimulem o desenvolvimento de competências narrativas pode ser mais um caminho para ampliar as possibilidades comunicativas também em espaços coletivos, indo ao encontro de um dos princípios basilares do SUS, da participação social. Afinal, do que se alimenta um debate com vistas ao entendimento, se não a partir de narrativas bem estruturadas?

Referências

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface**, v. 12, n. 26, p. 563–577, 2008.

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface**, v. 12, n. 26, p. 563–577, 2008.

BENJAMIN, W. **Experiência e pobreza**. In: Magia e técnica, arte e política. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CECCON, R. F. et al. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2022.

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência**. Uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

FRANK, A. **The wounded storyteller**. Body, illness and ethics. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 62. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GREENHALGH, T.; WORLD HEALTH ORGANIZATION: REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector**. Europe, UK: WHO Regional Office for Europe, 2016.

KEARNEY, R. Narrativa. **Educação & Realidade**, v. 37, n. 2, p. 409-438, 2012

NUNES, E. D. A pesquisa narrativa em saúde. **Interface**, v. 22, n. 64, p. 307–312, 2018.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de saude publica**, v. 42, n. 6, p. 1090–1096, 2008.

POLKINGHORNE, D. E. Narrative configuration in qualitative analysis. **International journal of qualitative studies in education: QSE**, v. 8, n. 1, p. 5–23, 1995.

RICOEUR, P. **Del texto a la acción**. *Ensayos de hermenéutica II*. Mexico: Fondo de Cultura Económico, 2001.

RICOEUR, P. La vida: um relato em busca de narrador. **Ágora – Papeles de Filosofia**, v. 25, n. 2, p. 9-22, 2006.

RICOEUR, P. **O si mesmo como outro**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa I**. A intriga e a narrativa histórica. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa III**. O tempo narrado. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

SILVA, N. E. K. E.; AYRES, J. R. DE C. M. "Tia Bete" e outras histórias. Uma Pedagogia do Cuidado por meio de narrativas. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 2, e240465pt, 2025.

SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. DE C. M. Contar histórias, cuidar da vida: educação em saúde baseada em narrativas. **Physis**, v. 34, p. e34073, 2024.

Anexo I – A história de Marli

Anexo II – A história de Pedro

Capítulo 10

Narrativa como dispositivo de construção de saberes e mundos: uma questão central em pesquisas coparticipantes

Emerson Elias Merhy
Debora Cristina Bertussi
Stefanie Kulpa
Helvo Slomp Junior
Antonio Pagni

A potência das narrativas na pesquisa em saúde

Peraí que já te conto... Quantas vezes já iniciamos uma conversa assim? Contamos histórias desde sempre. Assim que nos conectamos com o mundo, começamos a contar algo... inicialmente naquela linguagem corpo/sons/toques que quase sempre só uma "mãe" entende. E assim que começamos a falar ou a rabiscar, passamos a narrar o mundo que nos cerca com eloquência.

Grandes escritores parecem dominar algo muito especial: saber contar histórias é uma arte poderosa. Mas todos somos narradores de nossa existência

e saberes sobre isso ou aquilo. E nesse exercício, vamos conferindo coerência e sentido ao que acontece e nos acontece, disputamos sentidos que podem estar interditados. Expomos resistências, experiências silenciadas. Narrar produz dizibilidade e visibilidade, e com isso produz realidades - nos produz. Abre a possibilidade de fazermos por si o que se procura fazer conosco. Daí a importância da experiência narrativa para as metodologias de pesquisa em saúde, por exemplo, quando toma como perspectiva que todos são também protagonistas dos seus viveres.

Na saúde, as narrativas têm se destacado como instrumentos metodológicos potentes que contribuem para superar os limites dos modelos biomédicos e complementar as pesquisas quantitativas e qualitativas, acessando de um modo muito especial as dimensões subjetivas da experiência de adoecer, cuidar e ser cuidado, interessando especialmente as pesquisas que tomam o cuidado como campo de disputa, agenciamento e produção de existências. Neste capítulo, exploramos a narrativa como gesto analítico e dispositivo de produção de conhecimento, implicado e coletivo. Esforçando-nos para oferecer uma abordagem diferente daquelas que tomam o "outro" como fonte ou testemunha dos fatos: propomos compreendê-lo como um narrador de si e, portanto, agente ativo na construção da cena investigativa.

Partimos das experiências do grupo de pesquisa da linha Micropolítica do Trabalho Vivo, Cuidado e Saúde Coletiva na UFRJ, constituído inicialmente na UNICAMP na década de 1990, como Micropolítica do Trabalho Vivo e Cuidado em Saúde, que hoje constitui o Observatório de Políticas, Cuidado e Educação em Saúde, que agrega pesquisadores de todas as regiões do país. O percurso empírico-metodológico se desenha em torno de múltiplas pesquisas realizadas ao longo das últimas décadas,incluindo estudos sobre cuidado domiciliar, saúde mental, pessoas com deficiência, bem como a pesquisa "Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes" (2016), esta última abrangendo toda e qualquer oferta de cuidado nas redes de atenção à saúde. As narrativas, nesse contexto, ganham

centralidade não apenas como registro, mas como caminho de produção do próprio campo de pesquisa: elas afetam o campo e quem pesquisa, tensionam saberes instituídos e deslocam o pesquisador para uma posição implicada, onde a narrativa é também campo de forças, invenção e acontecimento.

O que estamos chamando de "narrativa"

O que reverbera nas nossas investigações, é a percepção de que a narrativa não é apenas um modo de descrever o real, mas um gesto de constituí-lo. O outro não é um simples "dado"; ele se apresenta como narrador de si, atuando com sua própria linguagem sobre o pesquisador e sobre o campo. Essa mudança demanda uma abordagem metodológica que reconheça o campo como um espaço de encontro e de potência, de agenciamento de afetos, saberes e corpos (Gomes e Merhy, 2014).

Neste campo de práticas e investigações, compreendemos a narrativa como um dispositivo de composição de mundos, em oposição à ideia de que narrar seria uma simples atividade representacional. Ou seja, a narrativa não é apenas um modo de descrever o real, mas um gesto de constituí-lo, ato de linguagem dotado de potência instituidora. É um agenciamento que mobiliza afetos, cria zonas de novas materialidades existenciais, tensiona os sentidos cristalizados dos acontecimentos. Não apenas fala de um mundo vivido, mas produz mundos, instaura sentidos, opera deslocamentos. Essa perspectiva se ancora em autores como Deleuze, Guattari, Foucault, entre outros, e nas formulações desenvolvidas pelos grupos de pesquisadores do Observatório.

Assim, ao contrário de funcionar como a expressão fidedigna de um conteúdo pré-existente, a narrativa aqui é entendida como um campo de forças, que produz efeitos tanto sobre quem narra quanto sobre quem escuta. O narrador, nessa perspectiva, é alguém que performa uma existência no encontro com o seu interlocutor – e ambos se transformam neste encontro.

É no encontro que as narrativas emergem. E elas emergem como produção coletiva, como construção de experiências em comum, produção e partilha de sentidos, como tentativa de dar conta de algo que muitas vezes escapa à linguagem. A cartografia, como possibilidade de dar voz aos afetos emergentes no encontro, acolhe essa complexidade.

Por isso, as narrativas não se restringem aos relatos verbais. Elas se fazem também nos silêncios, nos gestos, nos corpos, nas imagens, nos ruídos e ruínas do campo. Se fazem nas práticas de si (Foucault, 2020). E é preciso que o pesquisador esteja disposto a escutar o que neles se anuncia, permitindo-se ser afetado e coproduz a expressão das produções de conhecimentos e saberes que emergem em modos de existir de cada um e de cada uma que habita o conjunto das relações que se constituem no "cenário" da pesquisa. É essa escuta implicada e afetada que dá origem a outra narrativa que importa ainda mais para a pesquisa: a narrativa do pesquisador sobre as vozes que o atravessam e a visibilização da multiplicidade de narrativas das infinitas experiências de todos que se situam no processo de pesquisa. Trata-se de uma escrita que é também acontecimento: uma escrita que não apenas registra, mas faz ver, faz sentir, faz pensar, inventa novos possíveis, abre novos campos de dizibilidades e possíveis experiências comuns, nas diferenças. Isso abre algo muito desafiador nesses desenhos de pesquisas que é o reconhecimento, que de fato, todos são pesquisadores efetivos no campo da pesquisa; algo que abre para novas invenções metodológicas para muito além do que a própria Saúde Coletiva tem hegemonicamente se colocado no território das pesquisas qualitativas, por exemplo.

Em pesquisas marcadas por uma abordagem cartográfica, como as que compõem a trajetória da linha da micropolítica, a escrita narrativa ganha contornos sempre complexos. Não há aqui uma separação entre coleta, análise de dados e intervenção. A escrita já é análise, a experiência de viver o campo já é interferência[7]. Em cada diário cartográfico se condensam camadas de

7 Tomamos interferência como a ressonância sutil, muitas vezes lenta e pouco perceptível, que qualquer experiência fruto do encontro intercessor produz em quem dela participou (Henz et al., 2017).

experiências, emaranhados de linhas de afetabilidades (Merhy e als, 2016), tempos sobrepostos, vozes consoantes ou conflitantes, gestos que podem escapar à captura pelo olhar técnico e sistematizador. Ali não está registrada apenas a experiência do outro interpretada pelo pesquisador: ali está a narrativa da experiência do encontro revisitada, e seus efeitos como experiência comum, no corpo do pesquisador. E é exatamente nessa impureza que reside sua força.

O que pode uma narrativa? Narrar como gesto metodológico, a problematização

A narrativa há décadas é utilizada na saúde, como ferramenta, tanto de cuidado como de pesquisa, quando se pretende acessar a experiência do adoecimento (Leal; Serpa Júnior, 2013; Vasconcelos; Fontenelle; Nations, 2003). Também há ampla experiência na chamada "formação comum na saúde", desde 2007, no campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Capozzolo et al., 2014). Na saúde mental a narrativa tem sido uma ferramenta privilegiada, como por exemplo em um estudo sobre desinstitucionalização (Koosah; Moreira; Braga-Campos, 2019).

Como projeto epistemológico, o uso de narrativas pode ser feito utilizando-se de vários referenciais teóricos, como por exemplo a fenomenologia descritiva e psicológica-transcendental, a fenomenologia hermenêutica-interpretativa e a Antropologia Médica (Leal; Serpa Junior, 2013); mediações entre experiência e linguagem, sujeitos e coletivos, estrutura e eventos, memória e ação política (Onocko Campos; Furtado, 2008) elas aparecem ainda tanto como organizadoras de interpretações como também uma forma específica de agenciamento social (Castellanos, 2014), para citar algumas das possibilidades hoje disponíveis.

No mais ampliado campo da saúde coletiva, as narrativas com frequência dão as caras quando se trata de trazer para o debate as experiências

vividas, entre elas a experiência com a doença (Nunes; Castellanos; Barros, 2010), resultando em todo um rol de formulação sobre narrativas como método de pesquisa consagrado na saúde coletiva (Ceccon et al., 2021).

Escritas narrativas como as que descrevemos anteriormente, no contexto de nossos estudos cartográficos, vão sendo produzidas primeiro em diários cartográficos individuais e coletivos, constituindo registros que materializam o campo de pesquisa e suas afetabilidades, multivozes, multilínguas, multimeios e multitempos (Slomp Júnior et al., 2020). Conforme já destacaram Passos, Kastrup e Tedesco (2016), nas pesquisas que temos experimentado não há uma sequência linear de etapa, pois a escrita vai sendo tecida continuamente, de campo em campo, de processamento em processamento, entrelaçando permanentemente esses dois movimentos.

Ainda que a análise tenha início nos diários cartográficos e processamentos, isso ocorre justamente porque a escrita é continuamente agenciada no próprio campo. O pesquisador, ao debruçar-se sobre o material que emerge no/do campo, volta seu olhar, num primeiro momento, para a consistência do material escrito diante da experiência que o engendrou, seu potencial de produção de sentidos e de apontamento de possíveis analisadores. Isso porque na cartografia o que se registra não é tão somente o que nosso equipamento cognitivo capta em sua representação, ou seja, os fatos em si. As escrituras cartográficas veiculam especialmente, como já também dissemos, as afetabilidades, os não ditos e silêncios, e também o que é dito por dizer ou porque tem que ser dito. Dão língua e visibilidade ao que é feito por fazer ou ao que precisa ser feito ou dito, às relações em ato e subentendidas, e tudo o mais que os cenários do cuidado colocam à frente de quem pesquisa. Em uma palavra: aos acontecimentos.

Alguns de nós já escreveram, a propósito da reconstrução de histórias de vida no contexto do cuidado, que:

"Acontecimento" aqui para nós não é só o fato que ocorreu, o evento em si, mas o conjunto de efeitos advindos do encontro intercessor que ele

produziu, que mudanças deixou, sejam elas intempestivas, fortes ou ao contrário discretas, lentas, suaves mas duradouras. Quando contamos um pouco de nossa história de vida, por vezes nos ouvimos dizendo 'não sou mais a mesma depois daquilo', ou 'hoje sou outra pessoa'. (Guattari, 2006) (p. 103), por exemplo, escreveu que 'o acontecimento é inseparável da textura do Ser que emergiu.'" (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022, pg. 158).

Acontecimentos portanto são inflexões que acontecem o tempo todo na vida, e no cuidado em saúde não seria diferente. São mudanças que dizem respeito não somente a uma ou outra pessoa, como na citação acima, mas substancialmente a essa expressão, "pessoa", como de base sempre coletiva pois não há algo nisso que não seja ser constituído em processo permanente de se constituir ao sê-lo. No mundo da produção do cuidado inscreve-se esse permanente desafio de se produzir a partir das forças que o querem constituir, compondo-se sempre como lugar de disputa de projetos, de modos de existir no âmbito da experiência comum, nas diferenças. Assim, no contexto de suas organizações enquanto coletivos, e em resposta a tudo que a sociedade ao redor os agencia, agenciam-se entre si, se modificam e mudam de direção pelos caminhos possíveis e devires em um tempo e um espaço dados. Sempre em contextos efetivos. Rastrear acontecimentos no mundo dos afetos que se faz corpo é o que o(a) cartógrafo(a) faz, sendo a própria cena de pesquisa de interferência e cartográfica uma produção de acontecimentos em si mesma.

A problematização realizada a partir das narrativas também exige do pesquisador uma sensibilidade para identificar quando a narrativa deixa de ser apenas linguagem e se transforma em acontecimento. O acontecimento, como já explicitado por Guattari (2006) e retomado por Slomp Júnior, Franco e Merhy (2022), é aquele ponto de inflexão em que algo se desloca profundamente, em que se pode dizer: "não sou mais o mesmo depois disso", em que nova materialidade existencial se instalou, novos territórios de subjetivação operam. Nas práticas de cuidado e nas pesquisas que as acompanham, esses acontecimentos podem ser discretos ou explosivos, mas sempre carregam em

si a potência da transformação. O poder da transformação está na produção do encontro, que vai além da simples interação entre sujeitos, configurando-se como uma abertura para o inesperado, para o inusitado, para a criação de novos sentidos e possibilidades. É nesse espaço de encontro que se manifesta a micropolítica da potência da alteridade, permitindo que as diferenças apareçam, e permita o diálogo e o entrelaçamento, provocando mudanças e reconfigurações nas formas de pensar, agir e sentir. Esse processo, por sua vez, rompe com padrões estabelecidos e abre caminho para práticas instituinte e transformadoras, tanto no campo da pesquisa quanto nas práticas de cuidado, muitas novas narrativas emergem em diferentes corpos, o pesquisadores e todos que se fizeram, agora, também pesquisadores abrem-se para novas dizibilidades de si e do experienciado.

A alteridade é essencial na produção da narrativa, tanto nas práticas de cuidado quanto na pesquisa, pois envolve reflexão e valorização dos outros em sua diferença e singularidade, sejam ditos humanos ou não, como na perspectiva ameríndia (CASTRO, 2014). Esse reconhecimento cria espaço para narrativas mais plurais, que superam visões unilaterais ou simplificadas. Nas práticas de cuidado, a alteridade possibilita uma sensibilidade maior às necessidades, contextos e histórias individuais, promovendo uma escuta atenta e possíveis respostas mais implicadas com a produção dos viveres em suas multiplicidades. Na pesquisa, a incorporação da alteridade amplia a compreensão das especificidades investigadas, favorecendo um diálogo aberto entre uma multiplicidade de perspectivas e evitando a imposição de interpretações únicas e dominantes. Dessa forma, a abertura para acolher as afetabilidades no encontro tenso com a alteridade atua como uma força transformadora que aperfeiçoa a construção das narrativas, tornando-as mais vivas.

Nesse sentido, o uso do diário cartográfico — individual ou coletivo — opera como ferramenta privilegiada para capturar os vestígios e as pistas desses acontecimentos. Esses registros são muito mais que anotações, são textos atravessados pela escuta, pelo afeto, pelo estranhamento e pela

implicação. Nele, o tempo cronológico é subvertido, pois aquilo que foi vivido continua vibrando no corpo que escreve, reatualizando as forças do campo e produzindo interferência e portanto, agenciando novas narrativas. A narrativa, nesse contexto, é menos um espelho do vivido e mais uma dobra sobre ele, um espaço de ressignificação, reinscrição e de criação.

Outra ferramenta interessante que temos explorado é o fluxograma analisador (Merhy, 2020). Diferente dos fluxogramas normativos que tentam organizar o percurso de um usuário no sistema de saúde, o fluxograma analisador revela os desvios, os atalhos, as interrupções e as reinvenções que marcam os processos reais de cuidado. Trata-se de uma ferramenta que "escuta" os fluxos do cuidado não a partir de prescrições técnicas, mas da experimentação dos sujeitos envolvidos. Ele também se constitui por meio de narrativas, como relatos de casos, escutas de trabalhadores, histórias de usuários, todos atravessados por desejos, tensões e sentidos em disputa.

Essas ferramentas não operam isoladamente. Elas se articulam com uma disposição ética e política do pesquisador, que é a de se colocar em "cena". O pesquisador InMundo é aquele que se "suja" do campo, que assume sua parcialidade, que reconhece sua potência de afetar e de ser afetado. Ele escreve, narra, processa, analisa — mas que o faz sabendo-se implicado e sobreimplicado Nesta perspectiva a implicação é intrínseca à produção do conhecimento (Merhy, 2004 e Lourau, 2004). Por isso, a escrita que emerge dessas experiências não se pretende neutra ou objetiva. Ela é uma escrita viva, atravessada por afetos, afecções, dúvidas, deslocamentos e acontecimentos.

Nesse horizonte, a escrita-análise se diferencia da análise tradicional porque não se limita a interpretar dados ou a buscar regularidades. Ela é criação. Ela se faz no encontro com o material, nos afetos que ele evoca, nas questões que ele suscita. Escrever é, portanto, também pesquisar e pesquisar é escrever. É no gesto da escrita que muitos dos problemas da pesquisa ganham forma e contorno, que os analisadores brilham, que os pressupostos são colocados em suspensão para que novas perguntas possam emergir. A

escrita-análise, nesse sentido, é inseparável da narrativa. Ela é uma narrativa atravessada pela vontade de problematizar. Por que problematizar é reconhecer que toda narrativa está em movimento, é questionar sentidos estabelecidos e abrir espaços para a emergência de novas sensações e significados, que o campo dos afetos colocam em cheque. Problematizar é lançar um olhar atento e crítico que não aceitar a superfície dos acontecimentos, mas busca desdobrar suas múltiplas camadas e planos. É através desse modo que a escrita-análise possibilita não apenas contar uma história, mas transformar o "relato" em um processo vivo de cuidado, de reflexão e questionamento.

Neste sentido, é relevante destacar um certo "bergsonismo" de Deleuze (1999), que aponta uma questão fundamental para nosso processo de produção de pesquisa: "toda solução é coextensiva à forma como se coloca um problema". Assim, a tarefa do pesquisador-cartógrafo consiste em criar maneiras de formular os problemas que possibilitem a visibilidade de outros mundos.

Por essa razão, a narrativa, quando compreendida como dispositivo de pesquisa, carrega uma ética da invenção. Uma ética que não se baseia em certezas, mas em aberturas; que não busca encerrar sentidos, mas multiplicá-los; que não pretende capturar o real, mas compor com ele.

O conceito de usuário guia como rede viva de existência (Merhy e alls, 2016) surge como uma forma de superar a visão tradicional do usuário como simples "caso clínico" ou "caso traçador". Ele não é tomado como objeto de estudo ou mero informante, mas como sujeito ativo, produtor de vida, trajetórias e saberes. Em vez de ser conduzido pelo olhar do pesquisador ou do profissional, é o usuário que passa a guiar o percurso, narrando sua própria perspectiva sobre o cuidado e revelando caminhos muitas vezes imprevistos. Diferente de um guia turístico com roteiro fixo, o usuário guia se apresenta como um guia nômade, peculiar, que redesenha continuamente seus trajetos, produzindo redes vivas de conexões entre serviços de saúde, territórios, redes de familiaridades, ruas, instituições e acontecimentos. Acompanhá-lo significa deslocar o centro da pesquisa e do cuidado, permitindo que seu ponto de vista,

seus modos de viver e seus movimentos de invenção de si orientem tanto a análise quanto a prática.

Essa concepção, mais do que uma técnica ou instrumento, é entendida como uma aposta ético-política e estética. Ética, porque recoloca o usuário *inmundo* no centro da produção do cuidado e do saber; política, porque questiona modelos profissionais-centrados e hierárquicos; e estética, porque valoriza a singularidade e a criatividade presentes na vida cotidiana. Assim, o usuário-guia funciona como um "conceito-ferramenta" que não serve apenas para representar e organizar dados, mas para abrir novas visibilidades e deslocar olhares instituídos sobre o que é cuidado em saúde.

Nesse sentido, o usuário-guia traz a possibilidade de produzir saberes a partir da experiência viva de quem percorre o sistema, revelando limites, potências e disputas do cuidado. Ele guia não só a compreensão sobre os serviços de saúde, mas também a invenção de novas formas de cuidar, recolocando o desejo e a produção de vida no centro da cena.

E onde entra a análise nisso tudo? Nisso tudo, como já dissemos. Mas de que ordem de análise estamos falando? O que as narrativas podem nos dizer? Mais uma vez concordamos com Passos; Kastrup; Tedesco (2016) quando colocam a problematização como o principal movimento analítico em pesquisas cartográficas, mais do que orientá-lo por interpretações representacionais e hermenêuticas. Para os(as) autores(as), apoiando-se em Bergson (1974), como Deleuze, citado antes:

...toda "solução" é coextensiva a um modo de colocar o problema; o problema não é dado, ele depende da criação dos termos nos quais ele vai se apresentar. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas (Passos; Kastrup; Tedesco, 2016, pg. 178).

Para Deleuze (1999), reconciliar verdade e criação no nível dos problemas era justamente "a primeira regra de Bergson". Em nossas pesquisas, as narrativas que se sobrepõem em um campo investigativo, ao serem tensionadas em processamentos coletivos, fazem brilhar os analisadores ali

na experiência cartografada, e assim indicam um possível problema. Sim, o primeiro esforço é conseguir colocar o problema, enunciá-lo. Novas escritas então se sucedem sobre os discursos cartográficos, agora buscando enunciar o problema e abertura para novos que emergem.

Assim, o que pode uma narrativa? Em um cenário de pesquisa, muita coisa! Integra uma política de escritura que, ao somar textualidades próprias de cada momento de um campo de investigação, faz emergirem sentidos como se uma vazante não fosse o rebaixamento da água fazendo ver o fundo, mas um relevo que se dá a ver aos poucos, com suas ondulações e platôs que surgem um após o outro, aqui e ali, em suas dobras intensivas.

Considerações finais: a potência das narrativas de si

Ao longo deste capítulo, percorremos os caminhos metodológicos e conceituais que sustentam a escrita narrativa como uma prática potente de produção de conhecimento em saúde. Ancorados na cartografia e na micropolítica do cuidado, apontamos como a narrativa deixa de ser um artefato ilustrativo para se tornar dispositivo de agenciamento de processos de análise, visibilidades de campos de forças, protagonista de invenções de si.

As experimentações que compuseram esse percurso — desde o cuidado domiciliar à produção do cuidado com pessoas com deficiência, passando pela saúde mental e a Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) -, evidenciaram que a narrativa não apenas registra, mas tensiona, desloca, afeta e institui. São as forças micropolíticas presentes, em suas intensividades (Deleuze e Guattari, 2000, v.1), nos encontros, que se inscrevem na escrita. E, por isso mesmo, são narrativas atravessadas por conflitos, resistências, apagamentos, potências e invenções de mundos outros e modos de viver.

A escrita-análise, o diário cartográfico, o fluxograma analisador, o usuário-guia e a figura do pesquisador InMundo são alguns dos elementos

que, articulados, dão materialidade a uma proposta metodológica que recusa a neutralidade e assume o risco da implicação, na sua dobra com a sobreimplicação. Pesquisar, aqui, é fazer junto. É compor na interferência com os outros mundos possíveis, como uma experiência comum. É sustentar uma escuta que se abre à diferença e uma escrita que se deixa atravessar por ela.

As contribuições dessas práticas metodológicas para o campo da saúde coletiva, desestabilizam formas rígidas de pensar o cuidado, o saber, o pesquisador, o outro, o humano e o não humano, no campo da produção da saúde. Convida para que essa seja vista sob a ótica da produção de mais viveres nas vidas vividas.. Elas convidam a olhar o campo como campo de produção — de saberes, de existências, de narrativas. E, sobretudo, elas reafirmam o compromisso ético e político com a valorização das experimentações singulares e das potências que nelas habitam, para agires não fascistas, na medida que a experimentação de mais vidas é sempre um coletivo, coexistente na diferença.

Como caminhos para as pesquisas, propomos a ampliação do uso da escrita narrativa em contextos ainda pouco explorados, como a intersecção entre saúde e justiça social, saúde e territórios vulnerabilizados, saúde e educação para a vida. Além disso, propomos que as experiências vivenciadas inspirem a formulação de dispositivos pedagógicos que coloquem em cena a experiência da narratividade como modo de ensinar e aprender — tanto nos processos formativos quanto nos cotidianos de cuidado. Apostamos, enfim, em uma construção do conhecimento implicada, para interrogar o mundo e inventar outras formas e modos de criá-lo e vivê-lo.

Referências

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, p. 443–456, 2014.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1065–1076, abr. 2014.

CASTRO, Eduardo Viveiros de Metafísicas Canibais. Rio de Janeiro: Ubu. 2014.

CECCON, Roger Flores *et al.* (ORGS.). Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2021.

DELEUZE, Gilles. Bergsonismo. Tradução: Luiz B. L Orlandi. São Paulo: Editora 34, 1999.

DELEUZE, Giles e GUATTARI, Felix. O Rizoma in Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. Volume 1

DELEUZE, Giles e GUATTARI, Felix. Postulado Linguístico in Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. Volume 2

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz, BERTUSSI, Débora Cristina e MERHY, Emerson Elias (Orgs.) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016. volume 2.

FOUCAULT, Michel História da Sexualidade. Cuidado de Si. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2020.

GOMES, Maria Paula Cerqueira e MERHY, Emerson Elias (Org.) PESQUISADOR IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde menta. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014

GUATTARI, Felix. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2006.

HENZ, Alexandre Oliveira *et al.* Cabeça Dizpensa, corpo desvago: experimentações de um Laboratório de Sensibilidades. Fractal Rev. Psicol, v. 29, n. 2, p. 96–102, 2017.

LEAL, Erotildes Maria; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 2939–2948, 2013.

LOURAU, R. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Tulio Batista. et al Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.

MERHY, Emerson Elias, Baduy, Rossana Staevie, Seixas, Clarissa Terenzi, Almeida, Daniel Emilio da Silva e JUNIOR, Helvo Slomp (Orgs) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro : Hexis, 2016. volume 1.

MERHY, Emerson Elias Fluxograma Analisador. https://www.youtube.com/watch?v=WWo82RFswoU&t=5s visto em 31/08/2025

NUNES, Everardo Duarte; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 1341–1356, 2010.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 1090–1096, 2008.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. O problema da análise em pesquisa

cartográfica. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia (Orgs.). Pistas do método da cartografia - a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Editora Sulina, 2016. v. 2 p. 175–202.

SLOMP JUNIOR, Helvo *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social, v. 20, n. 3, 2020.

SLOMP JÚNIOR, Helvo; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Capítulo VI - Manejando ferramentas para o cuidado II: as histórias de vida. *In*: Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado. 1. ed. *[S.l.]*: Editora Rede Unida, 2022. p. 151–175.

VASCONCELOS, Geison Lira; FONTENELLE, Ana Maria Catrib; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 16, n. 2, p. 59–66, 2003.

Capítulo 11

Oficina de trabalho sobre interpretação de textos numa perspectiva hermenêutica dialética

Maria Marta Borba Orofino
José Mauricio de Oliveira

"Todos podemos, ao longo de uma vida, conhecer várias existências. Eventualmente, desistências. Aliás, o mais habitual."
José Eduardo Agualusa, Teoria Geral do Esquecimento

Introdução

Este trabalho se trata de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente a atividades desenvolvidas com residentes de primeiro e segundo ano de profissões da saúde, de um hospital público brasileiro, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, realizado em forma de oficina de trabalho.

Dentre os desempenhos esperados para o residente em saúde aponta-se a capacidade de analisar criticamente fontes, métodos e resultados,

avaliando de maneira reflexiva as melhores evidências científicas e práticas no cuidado, a oficina tem a intencionalidade de oportunizar o desenvolvimento da capacidade de interpretação dos processos saúde-doença-cuidado das pessoas e populações.

Considerando a complexidade do cuidado em saúde compartilhado e do trabalho interprofissional, partimos do pressuposto de que este exercício deve estar em diálogo com a perspectiva de uma "consciência hermenêutica" implicada na humanização das práticas de saúde (Ayres, 2005), onde o movimento de entender a realidade que se expressa é também entender-se no outro. Um movimento que, segundo Hans-Georg Gadamer, não é lógico, dedutivo, mas dialético e inerente às experiências de vida cotidiana (Gadamer, 2006).

Do ponto de vista metodológico, esta concepção da teoria interpretativa, a partir da filosofia hermenêutica gadameriana, pressupõe um processo de leitura circular, que tem na linguagem seu núcleo central. Nesta busca de compreensão, os diversos elementos se movimentam de forma alternada entre as partes e o todo, entre texto e contextos, entre estrutura e significados. Para tanto, algumas diretrizes orientam o movimento: marcado essencialmente pela alteridade, o exercício de empatia é uma primeira capacidade; uma segunda dimensão é considerar os contextos históricos, sociais, culturais e linguísticos em que o discurso foi produzido e as produções de significados em relação ao contexto; seguindo esse movimento, importa entender que as pré-compreensões e os pré-conceitos são um conjunto de expectativas, pressupostos e valores que o intérprete traz consigo e que, além de serem inseparáveis, são parte dessa experiência, o que torna o ato de compreender uma experiência prática no e sobre o mundo, que passa a compor e a fazer parte do mundo do intérprete.

Buscamos contribuir com os estudos dos processos saúde-doença, e considerando a afirmação de Gadamer que a compreensão só é possível pelo estranhamento, Minayo propõem um movimento interativo junto a esse processo hermenêutico de busca de compreensão de sentido, a partir

da dialética - "ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia" (Minayo, 2014, p.167).

Ao valorizar as complementaridades e oposições entre as duas estratégias, a abordagem pela combinação entre a hermenêutica e a dialética nos oferece um método que busca compreender "a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório" (Minayo, 2002, p 101).

Com essa intencionalidade de apoiar os residentes no exercício de interpretação dos processos saúde-doença-cuidado construímos uma proposta de oficina apresentada a seguir.

A oficina de trabalho

Esta atividade integra o eixo de ofertas teóricas e instrumentais transversal a todos os programas, independentemente do campo ou núcleo profissional em que o profissional-residente esteja em formação. A oficina de trabalho está organizada para um encontro, com duração prevista de três horas, prevendo a participação de seis a oito residentes, do primeiro ou segundo ano de formação em algum dos programas de residência da instituição.

Não foi solicitado que o participante leve qualquer material específico, tampouco leituras prévias. Mesmo que não seja ofertada previamente uma explicação detalhada sobre a oficina, o material de convite informa sua intencionalidade: oportunizar o desenvolvimento capacidade de interpretação, promovido a partir do diálogo entre os participantes.

Considerando essa intencionalidade, o tamanho do grupo e a gestão do tempo, a oficina de trabalho foi organizada em oito movimentos, apresentados a seguir.

Movimento 1 – Momento de acolhimento do grupo, apresentação das pessoas e da proposta e do tempo de duração da atividade. Combinar

com o grupo uma pactuação do processo de trabalho, incluindo elementos como: respeito à diversidade de ideias e valores, sigilo, ambiente protegido, democratização da palavra e atenção de todos para as iniciativas (verbais e não verbais) de uso da palavra. Tempo aproximado de 10 minutos.

Movimento 2 – Apresentação da imagem disparadora escolhida para a atividade.

Para esta atividade, utilizamos do vídeo "Comme un Elephant dans un magasin de Porcelaine" - ESMA 2017 https://youtu.be/h_aC8pGY1aY?si=DJNjw0tevi_Af5dq. – com a duração de cinco minutos

Movimento 3 – Solicitação para que cada um dos participantes escreva uma narrativa breve, a partir da consigna – "Faça uma interpretação inicial do que viu".

Importante destacar, neste momento, que não será necessária a entrega nem compartilhamento desse escrito. Tempo aproximado de 15 minutos.

Movimento 4 – Com a narrativa pronta, solicitar que cada um releia o que escreveu, identificando:

a. Qual o significado do vídeo para você?
b. Quais são os elementos significativos da minha narrativa/interpretação? – solicitar que destaquem quatro elementos.

Após esta identificação, solicitar que cada participante escreva os principais elementos da sua interpretação. Neste momento, entregar tarjetas (sugere-se um tamanho de papel meio-ofício) e canetas tipo hidrocor, orientando que seja utilizada uma tarjeta para cada um dos elementos identificados e outra para a escrita sobre "Qual o significado do vídeo para você?".

Para este movimento, considerando o número de seis a oito participantes, está previsto um tempo aproximado de 15 minutos.

Movimento 5 – Convidar para que os participantes, um de cada vez, a apresententarem as suas quatro primeiras tarjetas, referentes aos elementos destacados da interpretação.

Neste momento, o facilitador pode ajudar na organização das tarjetas, para que sejam colocadas em um único painel-síntese, conforme sugestão abaixo.

Elementos / Participante	Tarjeta 1	Tarjeta 2	Tarjeta 3	Tarjeta 4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
...				

Para facilitar a visualização do grupo, sugere-se que seja utilizada uma parede ou quadro que permita que as tarjetas sejam anexadas. Para este movimento, novamente considerando o número de participantes, está previsto um tempo aproximado de 30 minutos.

Movimento 6 – Finalizada esta primeira rodada, retoma-se a apresentação, incluindo a tarjeta referente à consigna: "o que o vídeo aborda?"

Ao longo deste processo, o facilitador deve ajudar o grupo a reconhecer a natureza de cada elemento (emoções, gestão, cuidado, respeito) e como a articulação desses elementos construiu uma compreensão a partir da imagem disparadora. Importante também estar atento ao reconhecimento, tanto por cada participante quanto pelo grupo, de que surgiram diferentes perspectivas sobre o que esse vídeo aborda. Tempo aproximado para este movimento é de 45 minutos.

Ao final, o grupo terá a visualização total do painel, conforme sugerido abaixo.

Elementos / Participante	Tarjeta 1	Tarjeta 2	Tarjeta 3	Tarjeta 4	O que o vídeo aborda?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					

Movimento 7 – Terminadas as apresentações, problematizar o processo vivido, partindo de algumas questões centrais que ajudem o grupo no processo de deslocamento de uma perspectiva objetivista para uma perspectiva hermenêutica de compreensão. Ou seja, lança-se ao grupo perguntas que oportunizem um processo dialógico e contextual, no qual os intérpretes e os textos (representados pelos elementos-síntese) se influenciam mutuamente.

Perguntas como: "Que diferenças podemos identificar entre os elementos apresentados?", "Por que foram vistas coisas diferentes entre cada um de vocês?" e "Aquilo que eu vi (ou deixei de ver) conversa com a minha história pessoal?" favorecem que o grupo percebe uma possível diversidade de contextos históricos, sociais, culturais e linguísticos produzidos em cada discurso, bem como identifique pré-conceitos advindos de experiências prévias de cada participante.

Neste momento, é importante que as perguntas promovam uma conversa sobre o que aconteceu, partindo da experiência para identificar múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão, estimulando um diálogo sobre "o meu modo de olhar o mundo" e "o modo do outro olhar o mundo".

Já encaminhando a oficina para sua finalização, também é fundamental que o facilitador destaque ao grupo que, na interpretação, nunca há uma palavra ou ideia final que encerre o processo. Novos achados e novas perguntas poderão surgir - e isso é o que se espera. Tempo aproximado para este movimento é de 40 minutos.

Movimento 8 – Avaliação da oficina de trabalho

Na intenção de registrar o encerramento da atividade, é importante um momento reservado para avaliação da oficina, no qual o facilitador solicita que cada participante reflita sobre a atividade e registre em tarjetas dois elementos: uma contribuição e um desafio, identificados a partir da experiência da oficina, para o seu desempenho na interpretação de material empírico sobre a ação humana.

Após o registro, solicita-se que cada um compartilhe verbalmente com o grupo, sem necessidade de explicações, os dois elementos destacados. Tempo estimado para este momento de avaliação é de 15 minutos.

Discussão

A modelagem desta oficina de trabalho tem como intencionalidade de, a partir de uma imagem disparadora, oportunizar o desenvolvimento da capacidade de interpretação na perspectiva hermenêutica-dialética. Realizar este exercício em grupo favorece o encontro com a experiência do outro, contribuindo para a produção de novos sentidos.

Partindo do entendimento de que esta experiência, enquanto práxis interpretativa, implica conhecer a si mesmo, através da interação com o outro, espera-se que, a partir das perguntas problematizadoras os participantes identifiquem e valorizem (ou não) determinadas coisas, atribuam determinadas responsabilidades a certos atores sociais e tomem decisões de modos diferentes

(Minayo, 2002). Neste sentido, é importante que o facilitador coloque atenção nas pactuações de trabalho previstas no movimento 1 da oficina.

Como apresentado anteriormente, optou-se por utilizar, como imagem disparadora, um vídeo curto. A escolha desse recurso se deu por conter elementos essenciais para a atividade compreensiva: oportunizar uma vivência, sem o compromisso de significar, justificar ou validar; permitir a compreensão simbólica a partir da expressão do senso comum, no cotidiano; e provocar um estranhamento Minayo (2002).

Outras imagens disparadoras também podem ser utilizadas, representadas, por exemplo, através de pinturas, desenhos ou fotografias. O importante é a escolha de uma imagem que "dê o que pensar", ou, como explica Paul Ricoeur acerca do movimento de transição do ponto de vista semântico para o hermenêutico, que seja um disparador capaz de, a partir da dimensão imagética da metáfora, promover a abertura de inesgotáveis possibilidades de interpretação. Isso contribui para a construção dos novos sentidos nos discursos e permita que o intérprete ensaie novas ideias e valores, ampliando seus horizontes cognitivos e maneiras de sentir e estar no mundo (Ricoeur, 2000).

A escolha de propor uma escrita narrativa logo após a apreciação da imagem disparadora tem a intenção de possibilitar que esta vivência individual seja compartilhada. Com sua capacidade de reconfigurar a realidade vivida a partir da suspensão da referência do discurso descritivo (Ricoeur, 2000), a escrita narrativa tende a abrir intencionalmente o horizonte a novas realidades, signos, regras e normas (Ricoeur, 1994).

Para que esta escrita possa cumprir a função, ou seja, produção de uma narrativa para além de um estilo discursivo que seja uma reprodução fidedigna da realidade vivida a partir da imagem disparadora, é importante atentar-se à consigna, que solicita uma interpretação do "texto" do disparador.

Embora possa ter diferentes significados, o conceito de consigna, aqui, refere-se a uma instrução ampliada, um enunciado verbal ou não verbal (Ferreira, 2007) que, por pertencer ao discurso pedagógico, mais do que

explicitar a tarefa a ser realizada, deixa espaço para que cada sujeito organize e faça suas escolhas, bem como resolva possíveis conflitos que possam surgir, abrindo espaço para a criação e a autoria (Barbosa; Varlberg, 2014).

Deste modo, a construção clara das consignas é de extrema importância e requer precisão, visto que enunciados ambíguos podem permitir equívocos na realização da tarefa.

Para além da consigna, é necessária uma atenção especial ao movimento da escrita de uma narrativa. Partimos da concepção primeira de que somos seres narrativos. A narrativa, ou seja, a experiência de contar e ouvir histórias, é um dos elementos constitutivos da história da humanidade (Barthes, 1985).

Neste caminhar histórico, a narrativa sempre esteve presente, contribuindo na mobilidade do homem para uma compreensão da sua própria existência e do mundo que o rodeia. No campo da saúde, observa-se um interesse crescente de profissionais e pesquisadores em utilizar as narrativas como estratégia de percepção e reflexão acerca dos processos de adoecimento e cura, de gestão das práticas assistenciais, de processos de ensino aprendizagem entre outros, por favorecer a escuta na sua dimensão compreensiva e dialógica (Orofino; Oliveira, 2014)

No entanto, ter conhecimento dessas afirmações não é o suficiente para tornar mais fácil, para o trabalhador da saúde, a tarefa de expressar uma ideia narrativamente. Isto porque, o universo do trabalho em saúde, muitas vezes, nos conduz a um movimento contrário, ou seja, ao modo de escrita sintética e abreviada, no qual a descrição se sobrepõe aos elementos narrativos.

Desta forma, juntamente com a consigna, é fundamental favorecer um espaço de leveza e descontração, permitindo que o texto escrito torne-se uma forma de discurso (Orofino, 2020).

O pensamento de Ricoeur também apoia a organização para o movimento interpretativo diante do quadro-síntese montado pelo grupo, a partir das narrativas escritas, que deve se constituir dialeticamente, abrangendo a oralidade e a escrita; o símbolo e a metáfora; a frase e a obra textual. É importante

que o facilitador ajude o grupo não apenas a reproduzir a experiência - o vídeo assistido - como um evento semelhante, mas também a operar um novo acontecimento, iniciado pela imagem disparadora original (Ricoeur, 2011).

Para além do cuidado com a gestão do tempo, clareza da consigna e o tempo de fala dos participantes, quem facilita o processo deve ter consciência que os participantes compartilham contextos, como o pertencimento a programas de residência em saúde, articulados e vivenciados no Sistema Único de Saúde, muitas vezes em convívio diário em determinado território ou campo de prática. Por outro lado, um processo de formação como especialistas, mesmo que apresente significados aparentemente iguais para todos, produz expressões singulares no movimento interpretativo, para além de revelar diversidades de perspectivas, de compreensão do outro e de visão de mundo.

Cabe ao facilitador ajudar no reconhecimento dos elementos que emergiram – tanto os comuns quanto os específicos – e, junto a isso, compreender que, nesse movimento de interpretação, não se espera abranger o sentido total e definitivo das coisas: sua leitura será sempre a possível, ocorrerá sob o olhar do presente e será guiada por questões, pressupostos e interesses, os quais, por sua vez, orientam perguntas e respostas. "A integração em contextos cada vez maiores afeta sempre também a compreensão do individual" (Schleiermarcher, 2000).

Neste sentido, também é importante o facilitador mantenha um ambiente de confiança, no qual o grupo se sinta confortável e acolhido, inibindo possíveis manifestações que possam gerar desconforto, comparações ou tensões desnecessárias.

Frente a isso, é necessário reconhecer que cada oficina realizada é única. A depender dos participantes, do disparador utilizado e do contexto, as dinâmicas mudam, assim como a forma como cada um se posiciona diante do que narra e como se alinham consigo mesmo e com o grupo.

Finalizar o encontro com um fechamento avaliativo, que permita a cada participante expressar a singularidade de sua experiência, é fundamental.

"(...) porque estamos no mundo, porque somos afetados por situações e porque nos orientamos mediante a compreensão em tais situações, temos algo a dizer" (Ricoeur, 2011, p. 36).

Considerações finais

A escolha de realizar a atividade na forma de oficina de trabalho favoreceu o protagonismo de cada residente e possibilitou o reconhecimento de diferentes perspectivas de interpretações, bem como a compreensão da interrelação da história de cada participante e os elementos advindos do disparador.

A prática dialógica da experiência, fundamentada em um movimento de interpretação numa perspectiva hermenêutica-dialética, também oferece novos caminhos para o exercício cotidiano do trabalho participativo e colaborativo da produção do cuidado, nas suas múltiplas variáveis.

Constituída a partir dos seus contextos e experiências prévias, a oficina proporcionou um encontro, pela narrativa, no qual a metáfora se revela e desloca (Orofino e Silva, 2020), contribuindo para produção de novos saberes e ações que valorizem relações de alteridade e diálogo aos atores envolvidos, tomando as necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos como referência.

Reconhecemos que o desenvolvimento dos desempenhos esperados para o residente em saúde em relação à identificação das melhores evidências científicas e práticas no cuidado, exigem um processo que favoreça aos residentes manter contato com a prática da interpretação ao longo da sua formação. Esta atividade se apresenta como o início desse processo.

Para além dos elementos destacados, reconhecemos que esta modelagem de oficina amplia a experiência acerca daquilo que é inerente a ação humana: a dialética de compreender sentido e produzir significados para a vida. Esse entendimento abre a possibilidade de, numa mesma vida material, "conhecermos" varias existências e desistências de modos de vida.

Referências

AYRES, J. R. de C. Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. V. 10, n.3, p. 549-560, jul. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013. Acesso em 05 de julho de 2025.

BARBOSA, Laura Monte Serrat; CARLBERG, Simone. O que são consignas? Contribuições para o fazer pedagógico e psicopedagógico. 1. ed. Curitiba: InterSaberes, 2014.

BARTHES R. A aventura semiológica. Barcelona: Paidós Ibérica: 1985.

FERREIRA, Lizane. Consignas de livros didáticos de língua: uma análise dos atos de fala diretivos em português e em espanhol. 2007. 105 p. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

GADAMER, H. -G.Verdade e método. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO MCS; DESLANDES S, organizadores. Caminho do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

OROFINO, M. M.; OLIVEIRA, J. M.. Permite que te conte! Uma narrativa sobre as narrativas. In: TEMPSKI, P; MAYER, F. B. (Org.). Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados – Humanização das práticas de ensino e de cuidado na saúde. 1 ed:, 2014, v., p. 39-43.

OROFINO, M. M. Literatura aplicada: para uma partilha do sensível na produção do cuidado em saúde. In: FISCHER, L. A.; OROFINO, M. M. (Org.) Literatura na vida: experiências de ler e escrever na educação e na saúde. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020.

OROFINO, M. M.; SILVA, M. I. DE L E. Narrativas em Saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. [Internet]. v. 24, p. e190775, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190775. Acesso em 05 de julho de 2025.

RICOEUR, Paul. Tempo e narrativa: tomo I. Tradução R.L. Ferreira. Campinas, São Paulo: Papirus. 1994

RICOEUR, Paul. A metáfora viva. Tradução de Dion David Macedo. São Paulo: Loyola, 2000.

RICOEUR Paul. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 2011.

SCHLEIERMARCHER, F. Hermenêutica: arte e técnica da interpretação. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

Capítulo 12

Descrever o Campo: A Teoria Ator-Rede na Construção de Narrativas em Saúde Coletiva

Alana Aragão Ávila

Introdução

Quais as vias de uma narrativa? De quantas narrativas são feitas uma história em saúde coletiva? Este artigo busca explorar, por meio da descrição de uma pesquisa realizada a partir da Teoria Ator-Rede - TAR (Latour, 2019; Callon, 2013) aplicada à atenção primária à saúde, os caminhos metodológicos para acolhida das narrativas envolvidas na aplicação do Programa Previne Brasil entre 2021 e 2023. Considerando a utilização de entrevistas narrativas semiestruturadas, a sistematização e análise destas, além da pesquisa materiais governamentais e acadêmicos vinculados ao referido programa, demonstra-se aqui como a TAR possibilita a identificação dos fios de ligação entre os diversos atores do campo de pesquisa e torna visíveis as narrativas e eixos que compõem a rede estudada e que tem efeitos nas vivências dos sujeitos, espaços e objetos ligados por meio desta.

Contextualizando método e campo

A fim de considerar a metodologia utilizada em uma pesquisa é preciso primeiro considerar o campo no qual tal metodologia será implementada. Afinal, é o campo quem apresenta suas condições, a despeito das concepções prévias da pesquisadora. Concepções estas que a todo tempo devem ser não só consideradas, como problematizadas e revisitadas para o melhor desenvolvimento da pesquisa e para a abertura aos trajetos e interrupções que o campo, os sujeitos e os espaços vinculados a este têm para oferecer.

A metodologia da TAR, que por si só pode ser contestada como metodologia, é tema já clássico nas pesquisas do campo da antropologia social. Pesquisas como Akrich (2014) e Máximo (2016) demonstram a diversidade de materiais e matérias nos quais esta perspectiva de pesquisa pode ser utilizada. No campo das pesquisas em saúde, a utilização da TAR tem se dado tanto ao contemplar a inserção de tecnologias (Cavalcante et al, 2019; Fornazin e Joia, 2015) quanto nas potencialidades de seu uso enquanto metodologia (Cavalcante et al, 2019; Oliveira, 2019).

Para Latour (2012), a fim de conduzir uma pesquisa tendo por base a TAR, necessita-se "seguir as coisas através das redes em que elas se transportam e descrevê-las em seus enredos" (Latour, 2012, p. 397). Coisas estas produzidas por atores diversos, mas que ganham destaque no contexto por influenciarem as ações dos demais envolvidos. Considerando a perspectiva latouriana, não só pessoas produzem ações, mas materiais, espaços e diversas outras confluências de atores que se apresentam no campo. Cabe ao pesquisador identificar os atores e seguir os caminhos traçados por eles, construindo uma cartografia dos passos e elementos que se apresentam, incluindo os afetos, relações de poder e controvérsias apresentadas em campo. Não se busca a construção de uma narrativa única sobre o tema pesquisado, mas a confluência dos discursos e práticas, tornando visíveis os caminhos traçados por estes.

A experiência na qual este artigo se debruça, conforme mencionado no início deste texto, diz respeito a uma pesquisa[8] vinculada à implementação do Programa Previne Brasil no campo da atenção primária à saúde (Ávila, 2024). Assim, a pesquisa desenvolveu-se tendo como cenário privilegiado os Centros de Saúde da Família da cidade de Sobral, cidade da região norte do estado do Ceará. Contudo, como pensar um programa de governo tendo em vista apenas a aplicação deste na ponta dos serviços? É necessário considerar não só sua aplicação, como as bases, inclusive políticas, de sua formulação e as narrativas em torno destas para, enfim, construir uma nova. Encara-se aqui a narrativa como o ato de contar histórias. Histórias essas que podem ser contadas por pessoas, espaços, textos e demais aparatos que surgem em campo e dizem do meandro que forma a rede[9]. Dessa forma, as narrativas do campo surgem como materiais para a construção do social implicado no objeto pesquisado.

Formas de narrar: entrevistas, artigos, mapas e caminhos

Ao entrar no Centro de Saúde Adelaide logo observei o mapa que descrevia o bairro. Na área de espera, antes de alcançar os balcões da recepção, um quadro com uma figura envidraçada identificava o território pelo qual o CSF era responsável e os marcadores locais. Escolas, igrejas, comércios. Depois descobriria, durante as entrevistas, que além dos comércios também se marcavam pontos em que haviam sido identificados casos de tuberculose, prostituição, uso de álcool e outras drogas. Marcadores que dizem do local e do serviço, mas sem figurar nas legendas da gravura oficial. O mapa, assim, surge como um dos actantes, os atores da rede que se estabelecia no campo de pesquisa.

8 A pesquisa original na qual este artigo se baseia foi autorizada pelo CEPSH/UFSC (Parecer nº 5.124.952), assim como pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Sobral (Parecer nº 0144/2021).

9 Parte-se aqui da concepção de rede enquanto conceito da Teoria Ator-Rede (Latour, 2012), sendo esta uma conjunção de diversos padrões e materiais – humanos e não humanos – que produzem o social a partir de suas associações.

Por sua identidade e sua capacidade de fazer agir os demais atores, o mapa diz do contexto social e sanitário, estabelecendo em si a história do território - e da população que ali se encontra - ao demarcar suas particularidades.

Figura 1. Mapa do território.

Fonte: Arquivo pessoal.

As narrativas combinam histórias de vida a contextos sócio–históricos, ao mesmo tempo que as narrativas revelam experiências individuais e podem lançar luz sobre as identidades dos indivíduos e as imagens que eles têm de si mesmo, são também constitutivas de fenômenos sócio-históricos específicos nos quais as biografias se enraízam (Muylaert et al., 2014, p. 196).

Ao compilar as entrevistas realizadas ao longo dos três anos de pesquisa de campo, diferenciações outras surgiram. Não bastava dividir os entrevistados entre locais de trabalho, sede ou distrito, nível médio ou superior. Outras especificidades emergiam nas gravações, nas anotações do caderno de campo e nas percepções de pesquisadora. Ao ouvir dois médicos, Tobias e Matheus, com tempos similares de atuação no município falarem de suas vivências e das atuais experiências com o Previne Brasil também se ouviam experiências distintas sobre fazer a vida em uma cidade do interior,

sobre pertencer aos territórios, sobre reconhecimento e perspectiva não só para o campo de trabalho, mas para si. Nesse sentido, as entrevistas realizadas se interconectam formando uma trama visível que dá indicativos de como o objeto de pesquisa se apresenta em campo. A exemplo, temos os discursos de Lúcia e Fátima, ambas atuando como agentes de saúde comunitária em distintos CSF de Sobral:

Lúcia, ACS em Sobral há 5 anos, lembra de crescer observando a rotina de uma tia que trabalhava no mesmo cargo. Diz que se interessou em seguir na profissão pois achava muito bonito o contato próximo, a ideia de auxiliar na promoção de saúde ensinando o soro caseiro, pesando bebês e promovendo orientações gerais para as famílias. Hoje ela afirma que trabalha por amor, ainda que a atuação não seja mais como antigamente, sendo que hoje exigem muito mais do que ela chama de papelada. A mesma papelada a qual Lúcia se refere aparece na fala de Fátima, que atuando há 22 anos como ACS, conta que antes o trabalho era corpo-a-corpo, "entrar nas casas e conversar". Diz que foi treinada para o cuidado, mas hoje está presa a planilhas e computadores (Ávila, 2024, p.54).

Isoladamente o elencado por estas mulheres pode soar como resistência à modernidade ou mesmo ser justificado pela não familiaridade com burocracias e computadores que pode ser alocada sobre elas por estarem em cargos de nível médio. Contudo, ao reunir as falar de Lúcia e Fátima com os demais achados do campo e os demais atores que se apresentam, novas formas de compreensão surgem.

A revisão bibliográfica e a pesquisa em documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) dão conta do lançamento do Programa Previne Brasil no final de 2019. Seu planejamento inicial previa a implementação total já no início de 2020, com os novos parâmetros de financiamento já atuando para o cálculo de repasse federal aos municípios. Em artigo produzido por um dos idealizadores do Previne Brasil, um dos desafios a serem enfrentados no campo da APS à maior informatização da APS e a necessidade de integração dos dados clínicos. Para a

superação deste problema, a solução apontada seria a implementação de ações como o Conecta-SUS e o Informatiza APS (Harzheim et al, 2020, p.7).

O Informatiza APS surgiu como um programa de incentivo por parte do governo federal para que municípios realizassem a informatização dos equipamentos da APS, melhorando a estrutura local para o uso da estrutura de software fornecida pelo Ministério da Saúde para utilização de, por exemplo, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A partir do PEC se daria o fim das fichas de papel, dos repasses manuais para o sistema, da perda de dados e da falta de articulação entre as equipes. A informatização no cenário da APS convocava não só novos mediadores para o campo da atenção à saúde como criava relações dentro e fora dos serviços de saúde.

É preciso considerar que o uso de tecnologias no território pesquisado não era algo novo. Os entrevistados, especialmente os ACS, relatavam que há muito o celular passou a compor a relação de trabalho, ainda que o próprio celular não fosse oficialmente material de trabalho. Foi por meio do número pessoal de whatsapp que muitos conseguiram manter a relação com a comunidade em meio às primeiras ondas de Covid-19, no início de 2020. Em pleno 2023, já ao fim da pesquisa de campo na qual este texto se baseia, o celular não tinha deixado de servir a este propósito, tampouco criar outros, ainda que oficialmente não estivéssemos mais em tempos de isolamento social.

A papelada e as planilhas que Lúcia e Fátima se referem fala não só do processo de informatização fruto do Informatiza APS, mas da necessidade das equipes dos CSF compilarem seus dados no sistema online a fim de que suas ações – consultas, exames, vacinas etc – fossem contabilizadas, calculadas e transformadas em nota final a ser elencada nos Painéis de Indicadores da APS. A tal nota, o Indicador Sintético Final (ISF), conforme planejamento do Previne Brasil, seria a base para o cálculo de repasse do financiamento federal aos municípios. Desse modo, ações em saúde, cadastros, exames e afins sofriam uma transformação ao serem mediados pelo sistema online. Contudo, essa relação também não se mostrou sem intercorrências:

Robson, gerente de CSF, revela outra vertente do sistema que afeta diretamente o resultado dos indicadores do serviço de saúde e que acaba colocando em xeque o trabalho das equipes: pacientes que não existem. O termo se refere tanto ao aparecimento de cadastros duplicados, quanto a permanência na lista de usuários do serviço pacientes que já foram a óbito ou trocaram local de residência, saindo da área pela qual o CSF é responsável. (Ávila, 2024, p. 100).

O relato de Robson aponta para uma forma de relação não prevista pelos idealizadores do sistema: o erro. Se o desafio seria a integração dos dados clínicos e a solução o Informatiza APS, o dia a dia nos serviços demonstrava que o próprio sistema poderia surgir como desafio. Como resultado de situações como a encontrada no CSF de Robson as equipes recebiam um ISF incompatível com o trabalho que relatavam estar realizando. Relato este que por vezes se traduziu em mostrar para a pesquisadora os cadernos pessoais com listas de visitas e marcações. Assim, ao acompanhar as narrativas produzidas por meio de entrevistas, arquivos e cadernos pessoais torna-se possível realizar o acompanhamento das controvérsias implicadas no campo, essenciais para o trabalho a partir da Teoria Ator-Rede.

Cavalcante et al. (2017) relatam que na Teoria Ator-Rede o conhecimento é um produto social, fruto o de uma rede de materiais heterogêneos. No que diz respeito às controvérsias, destaca-se que "O estudo das controvérsias é proveniente da análise dos embates entre as partes oponentes e tem por objetivo revelar que não existem fatos puros, sendo a informação algo neutro" (Cavalcante et al., 2017, p. 5). Acompanhar as controvérsias do campo de estudo sobre a implementação do Previne Brasil, ou de qualquer outro programa, se podemos realizar essa ampliação, é abrir-se ao campo e as diversas qualidades narrativas implicadas neste. Os materiais de onde partem os diálogos, os atores vinculados ao campo e a abertura a estes deve ser postura permanente ao adentrar o campo de estudo. O próprio estabelecimento do campo de estudo deve manter-se na via da expansão, ainda que este tópico

seja sensível no campo dos estudos em saúde diante das próprias burocracias implicadas em Comitês de Ética em Pesquisa e autorizações legais para o estudo em equipamentos de saúde. Desse modo, valoriza-se no campo de pesquisa a utilização de materiais que permitam a liberdade ao pesquisador não só de frequentar o campo fisicamente, como de compreendê-lo com a perspectiva de abertura, ainda que obrigatoriamente fundamentado pelos materiais que deram base para a aprovação de seu projeto de pesquisa e o estabelecimento de seu objeto de estudo.

Em dados brutos, foram realizadas 118 entrevistas com profissionais da rede de saúde sobralense, considerando não só os atuantes diretamente nos CSF, mas também gestores. Dos 38 centros de saúde então atuantes no município, acessei presencialmente 12, sendo 3 localizados em distritos de Sobral e 9 em bairros da sede. A fim de preservar a identidade dos entrevistados os dados planilhados não incluíram a identificação dos CSFs aos quais estes eram vinculados. É preciso considerar que o número de entrevistas não foi estabelecido previamente, pelo menos não em uma projeção real. O número 100 foi incluído na Plataforma Brasil quase como que algo absurdo, apenas por necessidade. As categorias de profissionais entrevistados tampouco seguiram uma ordem prévia. Em alguns CSF pude dialogar com farmacêuticos que me falavam não só de seus dias na dispensa de medicações, mas dos bairros, das interações, dos ciclos de doenças de inverno da quadra chuvosa e de como a organização do espaço refletia os medicamentos que mais saiam. Em outros quem me guiava pelo funcionamento local eram as ACS, às vezes enfileiradas para concederem entrevistas, às vezes receosas que o que eu estava colhendo ali eram informações que de alguma forma poderiam prejudicá-las em uma potencial fiscalização do serviço. Eu mesma enquanto pesquisadora tornei-me uma controvérsia no campo. O que alterava minha identificação nos CSF? Qual autorização me era pendente para acessar os espaços sem desconfiança por parte das equipes? Identificar os actantes que afetam o andamento dos trabalhos da pesquisa é também a construir.

Figura 2. Trecho da relação das entrevistas realizadas com profissionais da rede de saúde sobralense.

	UNIDADE/LOCAL [136]	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE INVESTIDURA NO CARGO EM SOBRAL [137]	SEXO	IDADE
1)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	56 ANOS
2)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	35 ANOS
3)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	31 ANOS
4)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	31 ANOS
5)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	MASCULINO	30 ANOS
6)	CSF/SEDE	ACS	15 ANOS	MASCULINO	35 ANOS
7)	CSF/SEDE	ACS	5 ANOS	FEMININO	36 ANOS
8)	CSF/DISTRITO	ACS	17 ANOS	FEMININO	46 ANOS
9)	CSF/DISTRITO	ACS	22 ANOS	FEMININO	55 ANOS
10)	CSF/SEDE	ACS	13 ANOS	FEMININO	40 ANOS
11)	CSF/SEDE	ACS	30 ANOS	FEMININO	57 ANOS
12)	CSF/SEDE	ACS	6 MESES	FEMININO	31 ANOS

Fonte: Ávila (2024).

No contexto de implementação do Previne Brasil na APS sobralense, como dito anteriormente, fatores como a informatização e o treinamento dos profissionais foram essenciais para o incremento da nota do município nos Painéis de Indicadores. O fruto do trabalho local, ainda que com empecilhos como os relatados por Robson, fez com que Sobral saísse da nota de 4,63 no segundo quadrimestre de 2020 para 9,45 no terceiro quadrimestre de 2022. Contudo, tais resultados tem mais influência do que a mera utilização do prontuário online ou da correta inserção de dados no sistema por parte dos profissionais. O resultado de Sobral envolve elementos como política, gestão e os discursos produzidos pelo Estado em torno do programa. A visualização dessas relações só se torna possível ao estar disposto a seguir e descrever as ações

dos atores, incluindo suas relações, referências e, no caso da implementação do Previne Brasil, expectativas e receios. Afinal, como destacam Malvezzi e Nascimento (2020):

O conceito de ator vai além do apenas humano e é compreendido como tudo aquilo que age, deixa um traço e faz o outro fazer algo, evocando a perspectiva de que outros elementos – como os documentos evocados, as referências teóricas, o contexto político, as crenças, as motivações, as perspectivas sonhadas, as assertivas e as controvérsias – devem fazer parte da análise. (p. 8)

Se Harzheim et al (2020) indicam que as bases para a reforma no financiamento estariam implicadas na "ênfase no aumento da produção de serviços e o foco total nos resultados e na qualidade do serviço prestado" (p. 2), os caminhos traçados pelos atores no campo refletem o estabelecimento de um repertório de competitividade, desejo e medo da modernização e pressão por resultados, implicando processos de adoecimento entre os trabalhadores da APS.

Inácia, enfermeira, me fala que a APS não teve descanso. Diz que o cansaço que sente agora com as demandas do Previne Brasil se acumula com o cansaço da pandemia (...) Vanusa diz não se preocupar com as cobranças em relação ao Previne, mas que foi constrangedor estar na reunião geral da unidade e ouvir que a equipe que ela faz parte teve a pior nota da unidade. Entendeu naquele momento que o não alcance do indicador significava o desligamento da equipe. (Ávila, 2024, p. 199-200)

Assim, em diversos CSF perguntar sobre o Previne Brasil enquanto objeto de pesquisa era encarado como uma forma da gestão local fiscalizar os serviços e potencialmente identificar servidores descontentes ou incapazes de cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e reproduzidas no contexto local. A posição do pesquisador nesse cenário exige que a descrição da rede contemple as dimensões de poder implicadas no campo. É responsabilidade, a partir da TAR, não só considerar as controvérsias – como um ISF alto em meio a relatos de dificuldade por parte das equipes – mas fazer delas objeto da narrativa que o pesquisador produzirá como fruto da pesquisa.

A narrativa final: (d)escrever controvérsias

Ao longo deste texto foram utilizados trechos de uma pesquisa realizada na APS para demonstrar as produções narrativas fruto de entrevistas, situando-as no contexto de implementação do Programa Previne Brasil e suas consequências nos mecanismos de financiamento federal deste nível de atenção à saúde. Traçou-se ainda os imperativos de pesquisa fruto da adoção metodológica da Teoria Ator-Rede para abordar o campo de pesquisa, os caminhos traçados e os atores que traçam os caminhos da rede. Partimos, a fim de encerrar essa demonstração, para a responsabilidade final: a descrição das controvérsias.

Se alguém quiser descrever o Previne Brasil e sua aplicação na cidade de Sobral pode-se recorrer exclusivamente aos Painéis de Indicadores. Eles trarão dados elencados por quadrimestres, elencará cada item considerado para o cálculo e será possível apontar as mudanças ao longo dos anos, os incrementos financeiros recebidos pelo município e seu nível de cobertura local. Contudo, caberia perguntar: até que ponto os dados dizem da aplicação do programa em questão? Do que é constituído os cálculos que produzem os dados? Mais além, quem produz o que gera os dados? Vejam, uma cadeia de perguntas que parece não ter fim! Para a sorte daquele que conduz sua pesquisa por meio da TAR, essas perguntas são facilmente respondidas pelos atores do campo e das associações produzidas por estes.

Ao descrever o campo de pesquisa, depois de todo o trabalho realizado, das entrevistas colhidas, da análise destas, da comparação com as anotações dos cadernos de campo, das fotografias, artigos e notícias relacionadas ao objeto primeiro do interesse que foram se apresentando e articulando no correr do trajeto, é preciso uma compreensão: o mapa a ser desenhado não reproduzirá fielmente a rede. Ainda assim, é na construção desse mapa que a narrativa de pesquisa deve se concentrar. O pesquisador deverá em sua escrita tornar visíveis as associações identificadas, os padrões implicados e os atores envoltos

nessas produções. Trata-se de demonstrar, utilizando a pesquisa exemplificada neste texto, os elementos do dia a dia das equipes que são mobilizados a partir do Previne Brasil, os afetos vinculados a estes, o contexto sociopolítico que subsidia o medo de Vanusa, as queixas de Robson e o alcance da nota 9,45 como ISF referente à APS de Sobral. São as controvérsias do campo e as associações produzidas por estes que interessam, articulando os dados qualitativos e quantitativos colhidos e produzidos pelo pesquisador em seu próprio movimento.

A TAR contribui, no campo das pesquisas em saúde, não só para a ampliação do uso dos dados qualitativos, mas para a articulação dos dados quantitativos, das formas de tratamento e produção destes e para a valorização dos sujeitos e materiais que produzem o cuidado em saúde e constroem os sistemas. Possibilita-se que as histórias narradas em campo se articulem na produção de conhecimento e sejam em si uma expressão de cuidado com os interlocutores, posicionando o pesquisador de forma ética em frente a um cenário de disputas.

Referências

AKRICH, Madeleine. Como descrever os objetos técnicos?. *Boletim Campineiro de Geografia*, v. 4, n. 1, p. 161–182, 2014.

ÁVILA, Alana Aragão. *Austeridade no campo da saúde: a implementação do Programa Previne Brasil*. 2024. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2024.

CALLON, M. "Por uma nova abordagem da ciência, da inovação e do mercado – o papel das redes sociotécnicas". *In*: PARENTE, André. (Org.) *Tramas da rede*. Porto Alegre: Sulina, 2004, p. 64-79

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. A teoria ator-rede como referencial teórico-metodológico em pesquisas em saúde e enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0910017, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017000910017.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23,

e180364, 2019. DOI: 10.1590/Interface.180364.

FORNAZIN, Marcelo; JOIA, Luiz Antonio. Remontando a rede de atores na implantação de um sistema de informação em saúde. *Revista de Administração de Empresas – RAE*, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 527–538, set./out. 2015. DOI: 10.1590/S0034-759020150505.

HARZHEIM, E. *et al*. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v. 15, n. 42. p. 1-16, jan/dez. 2020.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*: ensaio de antropologia simétrica. Trad. Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 4 ed. 2019.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o social: uma introdução à Teoria Ator-Rede*. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. Salvador: EDUFBA; Bauru: EDUSC, 2012.

MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Luporini do. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersetorialidade nas políticas públicas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190341, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190341.

MÁXIMO, Maria Elisa. O "paciente informado": primeiras notas de um estudo etnográfico. In: SEGATA, Jean; RIFIOTIS, Theophilos (org.). *Políticas etnográficas no campo da cibercultura*. Brasília: ABA Publicações; Joinville: Editora Letradágua, 2016. p. 191–207.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araujo. Ator social e as investigações em saúde: olhar para nova contribuição teórica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 43, n. 4, p. 87–106, out./dez. 2019. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n4.a2921.

EIXO 3

PESQUISAS, INVESTIGAÇÕES E EXPERIÊNCIAS METODOLÓGICAS NO USO DE NARRATIVAS

Capítulo 13

Entre o silêncio e a memória: narrativas sobre mortes por Covid-19 no Brasil

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Roger Flores Ceccon

Introdução

Embora composta três décadas antes da eclosão da pandemia de Covid-19, a canção *Sólo le pido a Dios* ressoa como um presságio do drama provocado por uma das maiores crises sanitárias da história mundial (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020). Ao entoar o verso "*que el futuro no me sea indiferente*", a música convoca à esperança, mesmo diante das baixas expectativas quanto ao futuro que marcaram o período de elevada mortalidade no Brasil entre 2020 e 2021. Nesse intervalo, a Covid-19 ceifou aproximadamente 689 mil vidas em pouco mais de dois anos e, embora a morte e o luto sejam componentes inerentes à experiência humana, a pandemia impôs desafios inéditos e profundos.

Entre eles, destacam-se a sensação desesperadora do risco iminente de morte, somada à alta taxa de letalidade que atingiu todos os grupos sociais; a rapidez com que a doença evoluía que, em média, durava apenas 12 dias entre os primeiros sintomas do óbito; o risco de agravamento e de mortes simultâneas entre pessoas de um mesmo círculo social, dada a transmissão respiratória de fácil propagação; a possibilidade de adoecer sem conseguir acesso a serviços de saúde, resultando em óbito sem assistência; o medo da perda de familiares e pessoas próximas; os traumas psicológicos provocados tanto pela morte quanto pelos efeitos tardios da doença; as incertezas decorrentes do desconhecimento sobre a história natural da infecção; os impactos sociais impostos pelas perdas; e as restrições impostas aos rituais de despedida, com enterros sem velório e caixões lacrados. Tratou-se, portanto, de acontecimentos atípicos, que extrapolam o que já havia sido descrito sobre adoecer e morrer na literatura acadêmica (WANG; WEI, 2020; CREPALDI et al., 2020).

Essa situação agravou-se diante da confluência de crises políticas, econômicas, éticas, morais e sociais que marcaram o contexto brasileiro. Somaram-se a esse cenário a insuficiência de políticas públicas nacionais de enfrentamento à pandemia; o enfraquecimento de programas estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS); a carência de informações confiáveis sobre a doença; a política negacionista adotada pelo Estado e por parcela da população; a desarticulação internacional para a aquisição de insumos e vacinas; e a não implementação de estratégias cientificamente validadas, como o *lockdown* e o uso de máscaras (MOREL, 2021; FERIGATO et al., 2020).

Em 2020, o Brasil registrou 194.796 mortes e 7.675.781 casos de Covid-19 (MOURA et al., 2022). No ano seguinte, a crise sanitária se intensificou, e o país enfrentou um dos períodos mais trágicos de sua história, marcado pelo aumento expressivo da incidência da doença e pelo número de óbitos, que ultrapassou 12 milhões de infectados e 300 mil mortes. Nesse contexto, o sistema de saúde entrou em colapso: faltava acesso a serviços, leitos hospitalares e de terapia intensiva, insumos básicos, respiradores, oxigênio e

medicamentos sedativos para intubação. Emergências hospitalares foram fechadas, e inexistiam protocolos assistenciais unificados, em nível nacional, para o cuidado domiciliar e intra-hospitalar (DALL'Allba et al., 2021; SABINO et al., 2021). Agravando o cenário, desde o início da pandemia o governo federal trocou quatro vezes o Ministro da Saúde, e essa rotatividade tornou-se um indicativo claro da fragilidade na gestão e na tomada de decisões. Assim, os anos de 2020 e 2021 configuraram-se como um período trágico na história do país, cujos efeitos ainda não foram plenamente dimensionados.

A crise sanitária deixou marcas profundas na subjetividade da população brasileira, dada a intensidade das experiências vividas, sensações, sentimentos, percepções, memórias, angústias, medos e desejos suscitados por esse evento sem precedentes. Este estudo parte, portanto, da necessidade de investigar um aspecto da pandemia: a *morte*. Busca compreender como, quando e por que ocorreram os óbitos, quem foram as vítimas e o que se sucedeu antes e depois desses acontecimentos. Trata-se, assim, de resgatar experiências ainda pouco documentadas e narradas, que jazem preservadas na memória daqueles que as testemunharam.

Trata-se, portanto, de contar narrativas que permanecem vivas, permeando subjetividades e produzindo saberes e discursos que ampliam a compreensão desse fenômeno em constante construção coletiva e individual. É dar visibilidade às histórias de perdas, adoecimentos, mortes e lutos, para além do anonimato, estimulando a produção discursiva das identidades daqueles que partiram. Este texto tem como objetivo compreender as experiências de adoecimento e morte de pessoas que faleceram por Covid-19 no Brasil, entre 2020 e 2021.

Percurso metodológico

Este estudo adota uma abordagem qualitativa e está fundamentado no marco teórico do construcionismo social, em que a produção do conhecimento

emerge das histórias narradas por familiares de pessoas que faleceram por Covid-19 no Brasil.

A narrativa foi empregada como estratégia para a obtenção das informações, configurando-se como uma ferramenta que possibilita aos informantes-chave reconstruir a realidade a partir das experiências vividas, valorizando a singularidade dos fatos e acontecimentos. Por meio da narrativa, foram reveladas dimensões importantes dos eventos, permitindo a ressignificação da realidade durante o próprio ato de narrar. Ademais, o processo enfatizou o diálogo relacional entre pesquisadores e participantes, conforme destacado por Ceccon et al. (2022).

O estudo foi realizado em 25 municípios distribuídos em sete estados brasileiros, o que permitiu captar um amplo espectro de experiências, considerando que estas variam conforme o contexto social em que cada indivíduo estava inserido. Participaram da pesquisa 35 familiares de pessoas que faleceram por Covid-19 no Brasil entre 2020 e 2021. As entrevistas foram conduzidas entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, tendo como foco as histórias dessas pessoas desde o diagnóstico da doença até o período pós-morte.

A seleção dos participantes foi intencional, convencional e não probabilística. O recrutamento ocorreu por meio de uma amostragem em cadeia adaptada ao ambiente virtual, conhecida como *Snowball Sampling* (bola de neve) (GOODMAN, 2011). O convite individual para participação foi enviado por e-mail e redes sociais (*Facebook, Instagram e Twitter*), acompanhado de uma apresentação do estudo e de um número telefônico para contato. Na mensagem, solicitava-se também que os destinatários compartilhassem o convite com outras pessoas, de forma individual, criando assim uma rede de indicações. Essa técnica permitiu formar o grupo estudado por meio de referências feitas por indivíduos que conheciam e indicavam outros com perfil adequado para a pesquisa. Além disso, esse método tem sido amplamente utilizado e validado em pesquisas na área da saúde (GOODMAN, 2011), sendo especialmente útil durante o período de isolamento social.

Os critérios de inclusão dos informantes-chave foram: (a) familiares próximos e/ou que acompanharam o itinerário terapêutico da pessoa que faleceu por Covid-19; (b) idade igual ou superior a 18 anos; e (c) capacidade para responder à entrevista. Foram excluídos familiares de pessoas cuja morte foi suspeita de Covid-19, mas sem diagnóstico confirmado; pessoas sem condições psicológicas para participar da entrevista; e familiares distantes ou que não acompanharam o itinerário terapêutico do falecido.

As narrativas foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas utilizando o instrumento denominado "Autópsia Psicossociais". Criado por Edwin Shneidman em 1981, esse método tem ampla difusão nas últimas décadas e foi originalmente desenvolvido para auxiliar médicos legistas a esclarecer mortes consideradas indeterminadas, que poderiam estar relacionadas a causas naturais, acidentes, suicídio ou homicídio. Trata-se de uma abordagem metodológica interdisciplinar, reconhecida por sua relevância e confiabilidade (CAVALCANTI et al., 2012).

Neste estudo, o instrumento foi adaptado para os objetivos propostos, configurando-se como um formulário que auxiliou os pesquisadores a reconstituir subjetivamente as circunstâncias, os fatos, as representações e as consequências psicossociais associadas a cada morte relacionada à Covid-19. As entrevistas foram conduzidas em plataformas digitais, utilizando o programa *Meet*®, e gravadas em áudio para posterior transcrição minuciosa. Antes do início da coleta de dados, os pesquisadores participaram de oficinas de treinamento específicas para a condução adequada das entrevistas.

No momento da entrevista, foram explicados aos participantes os objetivos e a proposta da pesquisa, solicitando autorização para gravação da conversa. Também foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o aceite para participação foi formalmente solicitado, garantindo-se espaço para esclarecimento de dúvidas antes do início das perguntas. As questões abordadas nas entrevistas englobaram: (1) características sociodemográficas dos entrevistados e das pessoas falecidas; (2) experiências de adoecimento e morte por Covid-19; (3) estratégias

de cuidado e redes de apoio; (4) barreiras de acesso e itinerários terapêuticos; e (5) impactos sociais e psicológicos das mortes nas famílias.

Para a interpretação das dimensões estrutural, interacional e discursiva das narrativas, utilizou-se a técnica de Análise de Narrativa (Ceccon et al., 2022). Inicialmente, o corpus textual foi lido atentamente, considerando detalhes, sentidos, significados e discursos emergentes. Em seguida, foram seguidos os passos propostos por Schütze (2007): caracterização de passagens que expressam referências a quem, o quê, quando, onde e por quê; ordenamento dos acontecimentos; investigação das opiniões e reflexões dos informantes; agrupamento e contraste entre as histórias; comparação entre narrativas; e análise crítica das mesmas, com discussão à luz da literatura pertinente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob o número 45152821.1.0000.0121.

Resultados e discussão

Entre os entrevistados, a maioria tinha entre 40 e 49 anos (56,2%), era de cor da pele branca (80,6%), possuía renda média equivalente a 7,3 salários-mínimos, era casada (48,4%), católica (48,6%) e possuía ensino superior completo (54,8%). O grau de parentesco predominante foi de filho(a) da pessoa falecida (38,7%).

Quanto às pessoas que morreram por Covid-19, a média de idade foi de 65,6 anos. A maioria era do sexo masculino (67,7%), de cor da pele branca (74,2%), casada (80,6%), de religião católica (51,6%), com ensino fundamental completo (35,5%), aposentada (19,3%) e residia com o companheiro ou companheira (41,9%).

Os temas emergentes das narrativas, após análise, foram organizados em três categorias principais: (1) o cuidado que faz sofrer para não deixar

morrer; (2) as injustiças e precariedades associadas às mortes; e (3) as mortes decorrentes do negacionismo.

O cuidado que faz sofrer para não deixar morrer

> *Ele [pai] estava trabalhando. Tudo ia bem. Aí começou a apresentar tosse e falta de ar. Procurou a Unidade de Saúde. Fizeram um teste da Covid. Depois de três dias repetiram o exame. Nos dois deu negativo. Ele estava com muita tosse e dor no peito. Deram paracetamol e dipirona. Mas logo precisou ir para o hospital. Descobriram que ele estava com uma dosagem alta de vírus. Estava muito dispneico. Passou por cateter nasal, máscara de venturi, máscara de VNI, até ser entubado. Ficou 22 dias entubado antes de morrer. Comprometeu um rim e a função renal. Ele tinha apenas 20% do pulmão. Em uma das hemodiálises, teve uma parada cardíaca. Foi reanimado e precisou fazer dreno de tórax nos dois lados. Na outra hemodiálise ele teve de novo uma parada, aí não conseguiram reanimar. O mais triste é que ele era muito cauteloso. Tinha medo de pegar a doença. Sempre foi o protetor. Mas ele sabia que ia morrer. Pedia que cuidasse da minha mãe, do cachorro. Todos nós sofremos pela morte dele (Filho, 30 anos, enfermeiro, Uberlância-MG).*

Essa narrativa foi compartilhada pelo filho de um homem negro que faleceu tragicamente aos 64 anos devido à Covid-19. O relato centra-se no pai e acompanha a trajetória desde o surgimento dos primeiros sintomas até a experiência intra-hospitalar e o desfecho fatal. Embora detalhe procedimentos médicos específicos, a narrativa reflete experiências comuns a muitos entrevistados: o medo, a dor, a surpresa diante da rapidez da morte, o sofrimento intenso causado tanto pela doença quanto pelas intervenções médicas, e os impactos emocionais das perdas para familiares e amigos.

As narrativas revelam a complexidade do cuidado na pandemia, em que a luta pela vida envolve tanto avanços médicos quanto sofrimentos

decorrentes dos próprios procedimentos. Esse cenário evidencia as tensões entre a técnica, a gestão hospitalar e as experiências humanas diante da crise sanitária. As histórias narradas pelos familiares das pessoas que faleceram por Covid-19 frequentemente incorporaram terminologias médicas para descrever os corpos e os tratamentos recebidos, como cateter, intubação, dreno, máscara, hemodiálise e reanimação. Paradoxalmente, as práticas de cuidado, na tentativa de preservar a vida, também foram fonte de sofrimento.

As políticas de gestão da vida exercem múltiplos efeitos tanto nas instituições quanto nos indivíduos. Entre esses efeitos, destacam-se a organização do processo de trabalho, com suas rotinas e ajustes programados nos hospitais, os procedimentos e mecanismos de intervenção, os protocolos, as práticas de controle de infecções e as rotinas de biossegurança nos serviços de saúde, que, paradoxalmente, criam obstáculos ao cuidado pleno dos pacientes. De certa forma, a gestão das práticas de cuidado individual e populacional enfrentou limitações diante da própria magnitude da pandemia.

Durante a pandemia, a morte revelou-se com profundas ramificações no sistema de relações familiares. A perda, seja ela repentina ou prolongada, impôs desafios adaptativos dolorosos às famílias (WALSCH; MCGOLDRICK, 1998). Indivíduos afastados do convívio familiar e social, isolados em hospitais enquanto aguardavam a morte e submetidos às intervenções médicas, evidenciaram a dura realidade da finitude e a experiência compartilhada da perda. A Covid-19, doença inicialmente altamente letal e incurável, provocava instabilidade clínica no paciente, gerando dificuldades específicas durante a internação. Para alguns, isso resultava em complicações e intervenções iatrogênicas decorrentes tanto da gravidade do quadro quanto da assistência recebida (ALVES et al., 2022).

As pessoas contaminadas pela Covid-19, assim como seus familiares, ao necessitarem de atendimento hospitalar, vivenciaram a angústia diante da possibilidade de uma perda inesperada. Esses indivíduos foram profundamente marcados pela dor e pelo sofrimento. "A morte de um

membro da família perturba o equilíbrio familiar e os padrões estabelecidos de interações" (WALSCH; MCGOLDRICK, 1998, p. 37). Consequentemente, ocorre uma redistribuição dos papéis, visando à continuidade da vida familiar, como exemplificado pela narrativa destacada, que evidencia o realinhamento imediato das relações no sistema familiar. Paralelamente, o processo de luto — embora variável em suas manifestações — impacta diretamente na adaptação da família à perda, especialmente em situações de morte imprevista, como no caso da Covid-19. A morte inesperada impõe aos familiares a difícil tarefa de se preparar para a perda e enfrentar questões inconclusas, sendo que o compartilhamento aberto dos sentimentos contribui para a coesão e fortalecimento dos vínculos familiares.

A tristeza pela perda de familiares e, em muitos casos, dos próprios profissionais de saúde (GRISOTTI et al., 2022) impõe uma reflexão profunda sobre a prática do cuidado humanizado. Os desafios enfrentados para promover esse cuidado durante a pandemia de Covid-19 revelaram lacunas significativas, como a insuficiência de apoio e suporte emocional; comunicação fragmentada, com limitada participação de pacientes e familiares; déficit de recursos humanos, materiais e estruturais, que comprometeram a gestão do cuidado em saúde; além da insuficiência de habilidades técnicas e relacionais entre os profissionais (RODRIGUES et al., 2022).

As injustiças e precariedades associadas às mortes

> *Antes de acontecer tudo isso, ele me disse: agora que te dei um neto, já posso morrer. E ele tinha só 34 anos. Isso tudo é muito injusto. Os médicos não tinham a solução pro problema. Eu ia no hospital e eles me diziam: tá melhorando, a gente tá pegando uma medicação nova que tá chegando. A gente ficava pensando que os médicos iam fazer tudo, que Deus ia fazer o que fosse pra ser feito. E foi tão desesperador que nem os médicos e nem Deus tinham o que fazer. Os mistérios de*

> *Deus a gente não entende. No hospital, eu ficava vendo ele entubado pelo vidrinho. Acenava pra ele. Sempre foi um ótimo filho. Um ótimo pai. Mas o problema foi essa vacina que demorou. Eu até falei pra minha filha: acho que vou processar o presidente Bolsonaro. Ele não tem culpa da doença em si, mas tem culpa porque não comprou as vacinas. Meu filho podia ter se escapado. Mas no fim, estava com 80% do pulmão comprometido. Ele se cuidava, usava máscara. Mesmo assim morreu. Não tínhamos dinheiro pra pagar o enterro. Parcelamos em 36 vezes. Três anos. Todos os meses pago o boleto do velório e lembro do meu filho (Mãe, 59 anos, desempregada, Passo Fundo-RS).*

Essa história, narrada por uma mãe que perdeu o filho para a Covid-19, revela um tema recorrente nas entrevistas: a morte atingiu pessoas de todas as idades. Para essa mulher, a morte é profundamente injusta, pois rompe a lógica natural dos ciclos da vida, onde se espera que os mais velhos partam primeiro. É injusta porque ele foi um filho e pai exemplar, e por isso não merecia partir tão cedo. É injusta porque ela confiava no poder dos médicos e de Deus, e ambos falharam quando mais precisou. É injusta porque, no Brasil, os pobres não conseguem sequer morrer sem acumular dívidas impagáveis; o boleto do velório simboliza o endividamento de uma classe social que precisa reviver mensalmente a dor da perda. A ausência da vacina para a cura de algo ainda incurável: a injustiça. De fato, a injustiça constitui um dos problemas cruciais no contexto da pandemia.

Essa dor individual revela uma dimensão coletiva marcada pela desigualdade e pela ausência de políticas eficazes, que aprofundam as vulnerabilidades sociais expostas pela pandemia. Assim, a injustiça vivida nas histórias pessoais reflete questões estruturais que impactam o direito à saúde e à dignidade.

As iniquidades sociais tornaram-se evidentes durante a pandemia de Covid-19, especialmente diante da precariedade na implementação de estratégias coordenadas para seu enfrentamento (VIEIRA, MONTEIRO, SILVA, 2021). Para Butler (2011), a noção de precariedade, embora inicialmente

formulada a partir de reflexões sobre a guerra contra o terrorismo islâmico, revela-se adequada para compreender as vulnerabilidades intrínsecas à condição humana evidenciada pela pandemia. De certa forma, a existência de uma política de privação compromete até mesmo a possibilidade de exercer o luto pela perda de entes queridos, algo que precisa ser enfrentado.

As desigualdades sociais e econômicas ficaram ainda mais explícitas nas mortes causadas pela Covid-19. Conforme Butler (2020), não é o vírus em si que discrimina, mas sim os seres humanos, que perpetuam essa discriminação por meio das estruturas entrelaçadas do capitalismo, nacionalismo, xenofobia e racismo.

As narrativas revelam que a experiência da morte por Covid-19 não se restringe à dimensão biológica do adoecimento, mas está profundamente atravessada por desigualdades estruturais que definem quais vidas têm mais chances de serem preservadas e quais são mais expostas ao risco. A mãe que parcela o velório do filho, pagando mensalmente o "boleto da morte", traduz em linguagem cotidiana a materialidade da injustiça social que perpassa todo o ciclo da vida no Brasil: nascer, viver e morrer sob condições de precariedade.

A pandemia explicitou, de forma contundente, que a precariedade não é apenas um traço existencial da condição humana, mas também o resultado de políticas que desinvestem em saúde, retardam a vacinação, desresponsabilizam o Estado e transferem ao indivíduo o peso de garantir sua sobrevivência (BUTLER, 2011). Essa política de abandono se desdobra na impossibilidade de vivenciar o luto de modo digno, uma vez que os ritos de despedida foram interditados e, em muitos casos, substituídos por burocracias e dívidas impagáveis.

A injustiça também se manifesta na desigualdade de acesso aos serviços de saúde: enquanto alguns tiveram recursos para internações em hospitais privados ou para custear insumos escassos, outros dependeram de um sistema público em colapso, enfrentando filas, ausência de leitos e falta de respiradores. Essas diferenças revelam como a biopolítica (FOUCAULT,

2008) atua de forma seletiva, determinando quais corpos são considerados merecedores de investimento e quais podem ser deixados à morte.

Assim, a injustiça não é apenas percebida como dor individual ou moral; ela é expressão de uma lógica social que mercantiliza a vida e, ao mesmo tempo, precariza o morrer. O choro da mãe pela ausência de vacina e pela dívida contraída com o enterro do filho torna-se também um choro coletivo, expressão das vidas consideradas menos valiosas em um país atravessado por desigualdades históricas de classe, raça e território.

As mortes decorrentes do negacionismo

> *Meu pai era médico e dizia que todo mundo ia pegar Covid, menos ele. Mas acabou positivando. Ficou em casa tomando oxigênio e a medicação que o governo mandava. A cloroquina. Não adiantou nada. Era teimoso. Precisou ir para o hospital. Foi direto pra UTI. Ficou lá entre o natal e o ano novo. Teve que fazer cateter porque era muito gordo. A saturação foi pra 76 e ele mesmo pediu para ser entubado. Antes, teve que comprar um aparelhinho para respirar no cambio negro, porque os hospitais não tinham. O erro foi se automedicar, ter autoconfiança, mas o vírus foi mais forte e o matou. Ele não se cuidava, não usava máscara. Tinha que ficar em casa. Mas não tava nem aí. Era de alto risco, diabético, com problema cardíaco e tinha tido um AVC. Ele falava que não ia pegar Covid porque não pegava nada. Antes de ser entubado, falou que a medicina não sabe tratar Covid e que todo mundo vai morrer um dia (Filha, 47 anos, dentista, Videira-SC).*

A narrativa apresentada centra-se na história da morte de um homem de 81 anos, médico, branco e de classe alta, que negava a doença e as medidas de proteção, mesmo fazendo parte do grupo de risco para o agravamento da Covid-19. Ele acreditava ser imune e fazia uso de um medicamento comprovadamente ineficaz. Contudo, ao ser infectado, seu quadro clínico agravou-se rapidamente, exigindo hospitalização imediata em UTI e intubação.

Morreu defendendo a ideia resignada de que "todo mundo vai morrer um dia", embora houvesse medidas que poderiam ter prolongado sua vida.

Esse caso exemplifica como a negação da gravidade da doença e o descaso com as medidas preventivas podem agravar desfechos, especialmente em grupos vulneráveis. Além disso, evidencia a complexa relação entre comportamentos individuais e o contexto estrutural da saúde pública no Brasil.

A concretização do direito à saúde e à dignidade da vida, evidenciada durante a pandemia, mostrou-se atravessada pelas condições de acesso aos serviços de saúde, influenciadas por fatores econômicos, sociais, educacionais e culturais. Diante desses desafios, instituições acadêmicas, comunidades científicas, organizações não governamentais e diversos consórcios de sistemas de vigilância e socialização de informações desempenharam um papel fundamental na tentativa de proteção da vida (VIEIRA, MONTEIRO, SILVA, 2021).

Duarte e César (2020) destacam o descaso do governo Bolsonaro em relação à vida, ao tratá-la como descartável ou de pouco valor, inclusive desmerecendo o direito ao luto. Esse posicionamento contribui para o agravamento da crise democrática no Brasil durante a pandemia. Em um país marcado por profundas desigualdades, as condições precárias impostas a amplas parcelas da população, desde o nascimento até a morte, determinam quais vidas são mais impactadas pela Covid-19.

Os autores afirmam que o negacionismo não é um fenômeno social recente, assim como a negação da política; contudo, a "novidade" reside na associação dessas atitudes a estratégias políticas heterodoxas. A morte por Covid-19 torna-se, assim, um marcador das injustiças sociais, cuja explicação está na precariedade da vida — ou mesmo da morte. Essas práticas discursivas fornecem ao governo Bolsonaro uma oportunidade para fortalecer o conservadorismo, especialmente em um contexto de deslegitimação das políticas anteriores voltadas ao reconhecimento de direitos de populações historicamente marginalizadas, como pobres, negros, mulheres, pessoas LGBTQI+, indígenas e populações tradicionais.

Outro aspecto central evidenciado nas narrativas diz respeito às mortes associadas ao negacionismo. A história do médico que recusava medidas de proteção automedicou-se com cloroquina e acreditava ser imune ao vírus, exemplifica como a desinformação e o discurso político negacionista impactou diretamente no agravamento da pandemia. O negacionismo, aqui, não aparece como uma postura individual isolada, mas como um fenômeno produzido e legitimado por estratégias governamentais e midiáticas, que desqualificaram a ciência e naturalizaram a morte em massa.

Essa dimensão conecta-se à reflexão de Duarte e César (2020), ao mostrarem como a negação da política e a politização da negação tornaram-se instrumentos de governo no Brasil. O resultado foi a disseminação de comportamentos de risco, a recusa ao uso de máscaras e vacinas, e a adesão a tratamentos ineficazes — elementos que, segundo as narrativas, custaram vidas que poderiam ter sido poupadas.

O negacionismo, portanto, produziu uma forma de "governamentalidade da morte", em que discursos de autossuficiência e descrença na gravidade da doença conduziram sujeitos, inclusive profissionais de saúde, a se exporem desnecessariamente ao risco. Tal governamentalidade, associada à precariedade já existente, reforça a tese de que a pandemia não matou de forma homogênea: matou mais os pobres, os negros, os periféricos e também aqueles que, sob a influência de discursos oficiais, recusaram a ciência e confiaram em falsas promessas de cura.

Ao legitimar que "nem todos os mortos importam igualmente", o negacionismo reforçou a hierarquia das vidas choráveis (BUTLER, 2011), determinando quem podia ser salvo e quem seria considerado uma estatística inevitável. Nesse sentido, as narrativas analisadas revelam não apenas histórias individuais de perda, mas também o modo como um projeto político de desresponsabilização contribuiu para transformar a pandemia em catástrofe humanitária.

Considerações finais

As experiências de adoecimento e morte por Covid-19, tal como narradas por familiares, revelam não apenas a dimensão íntima do luto, mas também os modos como a sociedade brasileira vivenciou e significou uma catástrofe sanitária de proporções inéditas. Mais do que registrar perdas individuais, essas narrativas desvelam um campo de disputas simbólicas e políticas em torno da vida, da morte e da dignidade humana.

Ao rememorar trajetórias interrompidas pela doença, os familiares conferem sentido ao inominável e produzem um discurso que tenciona o silêncio, o esquecimento e a naturalização da morte em massa. Essa operação narrativa não apenas preserva memórias, mas instaura um espaço coletivo de resistência frente ao negacionismo, à precarização da vida e à indiferença estatal. Assim, narrar os mortos é também um ato político, que denuncia desigualdades estruturais e afirma a potência de um saber que emerge da experiência vivida.

As categorias que emergiram das entrevistas permitem compreender a pandemia não apenas como evento biomédico, mas como fenômeno social, histórico e ético. Elas evidenciam que o morrer por Covid-19 esteve condicionado a fatores que ultrapassam a biologia do vírus, incluindo a gestão do cuidado, as desigualdades sociais e a instrumentalização política da doença.

Nesse sentido, o estudo contribui para a Saúde Coletiva ao oferecer uma lente interpretativa que articula subjetividade, memória e política, produzindo um saber que não se restringe à estatística epidemiológica, mas que inscreve rostos, histórias e afetos na narrativa pública da pandemia. Trata-se de reconhecer que as mortes não são apenas números em boletins, mas acontecimentos singulares que impactaram famílias, comunidades e a própria democracia brasileira.

Elaborar narrativas sobre a morte é, portanto, uma forma de reinscrever os sujeitos no tecido social e histórico, rompendo com a invisibilidade

e afirmando a dimensão ética do cuidado com a memória. Se o luto é um processo de continuidade da vida, como apontam autores clássicos, neste caso ele também se converte em prática de denúncia e em exercício de construção de sentidos coletivos.

Assim, ao dar voz aos familiares, este trabalho reafirma a importância da escuta sensível e da valorização das narrativas como estratégia epistemológica e política na produção de conhecimento em Saúde Coletiva. As histórias aqui reunidas não encerram a experiência da pandemia, mas convocam a sociedade a refletir sobre a necessidade de políticas públicas comprometidas com a equidade, a proteção da vida e o direito ao luto. Trata-se de uma tarefa ética e memorial, para que os mortos pela Covid-19 não sejam reduzidos ao anonimato estatístico, mas permaneçam presentes como parte constitutiva da nossa história coletiva.

Referências

ALVES, R. P.; CARVALHO, J. V. B.; SANTOS, L. de A. S. L.; SOUZA, V. R.; COSTA, A. J.; LUNA, A. A. Profile of adult patients with COVID-19 admitted to an intensive care unit. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e43411528481, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28481. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28481. Acesso em: 7 dec. 2022.

BUTLER, J. El capitalismo tiene sus limites. In: Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berardi F, Petit SL, Butler J, et al. Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio); 2020. p. 59-65.

BUTLER, Judith. Vida precária. Contemporânea, Revista de Sociologia da UFSCar. v. 1 n. 1, 2011. p.13-33.

DUARTE, André de Macedo; CÉSAR, Maria Rita de Assis. Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia. Educação & Realidade [online]. 2020, v. 45, n. 4 [Acessado 7 Dezembro 2022], e109146. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236109146>

FOUCAULT, M. Segurança, território e população. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GRISOTTI, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., OLIVEIRA, M. C., DIEHL, E. E. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde.

In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., LIMA, S. M. L. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 309-319.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 7 [Acessado 7 Dezembro 2022], e00177020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>

MOURA, Erly Catarina; CORTEZ-ESCALANTE, Juan; CAVALCANTE, Fabrício Vieira; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020-2022. Rev. Saúde Pública vol.56, São Paulo, 2022. Epub 18-nov-2022

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva Queiroz et al. Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. Saúde em Debate [online]. v. 46, n. spe1 [Acessado 13 Março 2023], p. 165-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E111

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi; SILVA, Ana Lúcia. Iniquidades sociais em tempos de pandemia de covid-19: uma reflexão. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 3 [Acessado 7 Dezembro 2022], pp. 459-465. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422021293481

WALSCH, F., MCGOLDRICK, M. Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Capítulo 14

Experiências de adoecimento de mulheres trans, travestis e outras pessoas transfemininas com transtornos mentais comuns: um estudo de narrativas

Fillipe Teixeira Tinoco Rodrigues
Águi Berenice Ferreira Martins
Erotildes Maria Leal

Introdução

Saúde Mental das pessoas trans e travestis - uma questão para a Atenção Primária à Saúde

A vivência de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, *queer*, intersexo, assexuais e outras minorias sexuais (LGBTQIA+) é atravessada por

diversos desafios do ponto de vista psicossocial (Brasil, 2013). Os determinantes sociais de saúde que incidem especificamente sobre a população trans estão relacionados à uma maior suscetibilidade a situações de violência urbana (Transgender Europe, 2016), institucional (Vergueiro, 2015), intrafamiliar (Seibel et al., 2018) e à precarização do acesso a direitos sociais como educação, emprego (Grinsztejn et al., 2017) e saúde (Tenório; Prado, 2016).

Esses processos de vulnerabilização afetam a saúde mental de pessoas trans e travestis e aumentam a prevalência de certos transtornos mentais nessa população em comparação com a população geral. Alguns exemplos são os quadros de depressão, ansiedade, comportamento suicida e uso nocivo de álcool e outras drogas (Mizock, 2017; Schulman; Erickson-Schroth, 2019), problemas de saúde mental que são questão para a Saúde Pública, em especial para a Atenção Primária à Saúde (APS).

As produções científicas sobre saúde mental da população trans no campo da APS são escassas. A discussão concentra-se na avaliação do estado de saúde mental de quem deseja realizar procedimentos para afirmação de gênero, como a hormonização (Ker et al., 2020) e na relação entre algumas ações de cuidado afirmativas e resultados positivos em saúde mental (Threharne et al., 2022). É preciso avançar na discussão sobre as especificidades que as pessoas trans e travestis colocam para a clínica da APS. As situações de sofrimento psíquico, por exemplo, deveriam ser mais exploradas, dado que os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são prevalentes na APS e que pessoas trans estão mais suscetíveis a essas condições.

Nesse sentido, esse estudo tomou como objeto a experiência de adoecimento de mulheres trans, travestis e outras pessoas transfemininas com os TMC. O objetivo foi ampliar o conhecimento sobre esses problemas a partir de narrativas em primeira pessoa para a produção de ações de cuidado mais sensíveis à dimensão do vivido. Ou seja, mais próximas da dimensão experiencial do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo social.

Transtornos Mentais Comuns

A categoria Transtornos Mentais Comuns (TMC) descreve os problemas de saúde mental prevalentes no âmbito da APS: sintomas depressivos e ansiosos pouco severos, que frequentemente se apresentam acompanhados de sintomas somáticos difusos, sem uma correlação anatomopatológica evidente (Fortes; Villano; Lopes, 2007). A prevalência dos TMC na população geral varia de 9,8% a 17,6% (Ten Have et al., 2023; Naveed et al., 2020; Steel et al., 2014). Na APS, a prevalência de TMC fica entre 51,9% a 89% (Goldberg et al., 2017; Gonçalves et al., 2014).

Nos quadros de TMC, os sintomas ansiosos e depressivos se apresentam de forma sobreposta e se expressam comumente a partir de demandas relacionadas a queixas físicas como cansaço, astenia, fadiga, palpitações, dores, dispneia, sudorese de extremidades, entre outras (Goldberg, 1996; Almeida; Tófoli; Fortes, 2020). Quanto à evolução, a maioria remite espontaneamente, tem duração autolimitada, sendo influenciado pela superação de dificuldades do contexto social (Goldberg; Goodyer, 2005). Os modelos diagnósticos categoriais, tais como descritos na Classificação Internacional de Doenças (CID) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), não favorecem a compreensão dos aspectos psicopatológicos dos TMC que seguem desafiando o diagnóstico e condução terapêutica de problemas de saúde mental na APS (Fortes et al., 2014).

Breves considerações sobre gênero e identidades transfemininas

Ao estudar as experiências de sofrimento psíquico de pessoas transfemininas, é importante explicitar as noções de gênero utilizadas. O referencial adotado pode vizibilizar as múltiplas expressões de gênero

ou invisibilizar e patologizar manifestações dissidentes da hetero-cis-normatividade (Bento, 2012). Disciplinas como a psiquiatria, psicologia, direito e sociologia têm oferecido suporte teórico para a patologização dos gêneros que resistem à cisnormatividade (Morera, 2017).

A denominação "travesti", é um bom exemplo das complexidades envolvidas nas múltiplas expressões de gênero dissidentes da cisnormatividade. Na década 1960, no Brasil, essa categoria designava o ato de "estar em travesti" ou "aparecer em travesti" das "bichas" no contexto de bailes, festas e concursos. A partir dos anos 1970, "travesti" ganha status de categoria identitária com protagonismo nos movimentos políticos de resistência contra a repressão policial e combate à emergência da epidemia de HIV/AIDS. Nos anos 90, a construção identitária da "mulher transexual" alcança visibilidade e reivindica diferenciação da travesti através da incorporação de uma noção biomédica da transgeneridade (Carvalho; Carrara, 2013).

Nas décadas de 2000 e 2010, o conhecimento da teoria *queer,* propagado entre a militância e no contexto universitário, promove distanciamento das concepções biomédicas e da psicanálise sobre a transgeneridade (Carvalho; Carrara, 2015). Apesar da origem das categorias "mulher trans" e "travesti" ser marcada diferenças de classe, com a "travesti" ocupando um lugar mais marginalizado, suas fronteiras passam a ter limites mais borrados (Carvalho, 2018). A maior fluidez no discurso das novas gerações inclui as identidades não binárias (Ciasca; El Khouri e Benedito, 2021). Neste texto, utilizaremos "pessoas transfemininas" para fazer referência às mulheres trans, travestis e a outras identidades do espectro da transfeminilidade.

Metodologia

Este estudo qualitativo, realizado entre 2022 e 2024, é produto do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (IPUB/UFRJ).

Neste manuscrito, contamos com a participação da segunda autora, pessoa com dupla expertise - a expertise da experiência vivida como travesti e a expertise como profissional de saúde em formação e pesquisadora no campo dos estudos de gênero - como revisora do desenvolvimento do texto.

Para seleção das participantes, foi utilizada a técnica de bola de neve. Inicialmente 13 informantes-chave foram identificadas (Vinuto, 2014). Mulheres trans e travestis que participaram de um projeto de articulação de rede em prol da saúde da população trans, junto com o pesquisador (Rodrigues, 2019), indicaram participantes em potencial. Formulário digital de seleção também foi divulgado em grupo de *Whatsapp* de apoio mútuo de pessoas trans para questões de saúde.

Possíveis participantes foram contatadas por mensagem de texto que apresentou objetivos e procedimentos metodológicos do estudo. Diante do aceite do termo de consentimento livre e esclarecido, um formulário com a finalidade de verificar se cumpriam os critérios de inclusão foram aplicados:

a. Identificar-se como pessoa transgênero dentro do espectro feminino (ex.: mulher trans, travesti ou outra identidade transfeminina);
b. Ter idade maior que 18 anos;
c. Residir no município do Rio de Janeiro;
d. Apresentar história atual ou pregressa de transtorno mental comum.

Em relação ao TMC, utilizou-se a versão em português do *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20) (Santos; Araújo; Oliveira, 2009; Beusenberg; Orley, 1994). Uma questão adicional sobre histórias pregressas de TMC foi feita: "*Você já realizou ou está realizando, no momento, algum tipo de tratamento, seja ele médico, psicológico ou espiritual, ou buscou algum outro tipo de ajuda para um quadro de depressão e/ou ansiedade?*". A utilização das categorias "depressão" e "ansiedade" se fez pautada na observação de que, no contexto cultural brasileiro, o termo é difundido apenas entre a comunidade médica e acadêmica.

Das 42 pessoas transfemininas contactadas, 9 finalizaram a entrevista.

O acesso às narrativas se deu através do roteiro de entrevista semiestruturada *McGill Illness Narrative Interview* (*MINI McGill*). Essa ferramenta promove narrativas sobre os sentidos atribuídos a processos de adoecimento, diagnóstico, sintoma ou rótulo popular relacionado a um problema de saúde (Groleau; Young; Kirmayer, 2006). Traduzido e validado para o contexto cultural brasileiro (Leal et al., 2016), a entrevista *MINI Mcgill* é dividida em cinco seções:

a. Narrativa sobre a experiência inicial de adoecimento;
b. Narrativa de protótipo;
c. Narrativa de modelo explicativo;
d. Serviços e resposta ao tratamento;
e. Impacto sobre a vida.

As seções têm como objetivo promover narrativas a partir de uma diversidade de formas de atribuir sentido às experiências vividas com problemas de saúde, expandindo uma abordagem centrada nos modelos explicativos (Young, 1982). O roteiro *MINI McGill* estimula narrativas associadas a modos menos lineares de produção de significados que os modelos explicativos. A saber, narrativas por protótipos e por complexos em cadeia. As narrativas por protótipo são baseadas na experiência de adoecimento prévio da pessoa ou de outras pessoas com as quais se relaciona ou conhece. Já as narrativas por complexos em cadeia apresentam-se através de uma sequência de eventos, baseadas em ligações metonímicas entre experiências contíguas à experiência de adoecimento. O roteiro *MINI McGill* captura assim a complexidade da experiência de adoecimento, visibilizando as contradições e inconsistências que a atravessam na vida cotidiana, e inclui a voz das participantes na produção de conhecimento sobre o tema (Groleau; Young; Kirmayer, 2006). Todas as seções do *MINI McGill* foram utilizadas.

Aspectos sociodemográficos das participantes foram coletados via formulário antes de iniciar a entrevista. Em seguida, foi negociada a forma

de nomear o TMC que melhor descrevesse a experiência da entrevistada, sendo utilizada ao longo das entrevistas que ocorreram tanto remota como presencialmente. As entrevistas, audiogravadas e transcritas, foram posteriormente analisadas. A duração delas variou entre 52 min e 4h21 min. Entrevistas mais longas foram divididas em duas ou três sessões realizadas em dias diferentes.

A análise das narrativas teve como referencial a fenomenologia hermenêutica ou análise fenomenológica interpretativa (Smith et al., 2009). A análise das narrativas produzidas através do *MINI McGill* foi baseada, portanto, em uma adaptação do modelo de Lindseth e Norberg (2004) para aplicação da análise fenomenológica interpretativa e seguiu os seguintes passos:

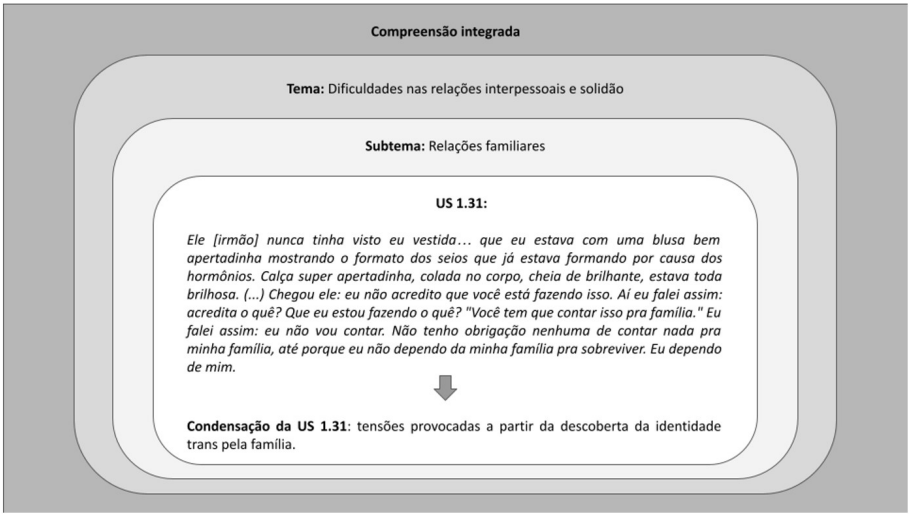
a. Leitura inicial - foi realizada a leitura das transcrições na íntegra para obter um sentido do todo das narrativas;
b. Leitura guiada pelos tópicos do roteiro *MINI McGill* - optou-se por um segundo nível de leitura que oferecesse um mapa dos temas que compunham os tópicos que organizaram a entrevista:
    i. Formas de nomear os TMC;
    ii. Narrativas sobre experiência de adoecimento por complexos em cadeia;
    iii. Narrativas por protótipos;
    iv. Narrativas por modelos explicativos;
    v. Narrativas sobre experiências de tratamento e busca de ajuda;
    vi. Narrativas sobre o impacto dos TMC na identidade e nas relações interpessoais.

A partir dessa etapa, reconhecida a reincidência dos temas e o fechamento amostral foi definido.

c. Recorte metodológico - Neste terceiro nível de análise, um recorte das narrativas por complexos em cadeia foi priorizado. Na intenção de valorizar a dimensão tácita da experiência das entrevistadas, as narrativas que oferecem uma aproximação dos aspectos mais

singulares da ação e do vivido (Young, 1982) foram submetidas a uma análise estrutural. O modo de narrar por complexo em cadeia faz uso de ligações por contiguidade que são heterogêneas, dispensam nexo causal, podendo se valer da proximidade da parte do corpo afetada, ligações linguísticas e de imagem ou pela qualidade da emoção provocada.

Figura 1. Unidade de significado US 1.31 representada na análise estrutural temática.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

d. Análise estrutural - representa a instância metodológica da interpretação e é guiada pelas tarefas (Figura 1):
   i. Identificação das unidades de significado (US);
   ii. Condensação das US;
   iii. Construção de temas e subtemas.
e. Compreensão integrada - os temas e subtemas foram sumarizados e, então, articulados à questão da pesquisa, ao contexto do estudo e à literatura.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/ UFRJ (Protocolo: 63705722.2.0000.5263). Identificado que a participante estava em sofrimento mental, decorrente da exposição às memórias narradas ou provocado pelos procedimentos de pesquisa, era oferecido atendimento inicial pelo pesquisador responsável e, se necessário, realizado encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando especificidades do caso.

Resultados

As características sociodemográficas das nove entrevistadas são apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1. Características sociodemográficas das participantes

Nome fictício	Idade	Identidade de gênero	Raça/ cor	Escolaridade	Ocupação	Orientação sexual	Religião
Eliana	45	Mulher redesignada	Preta	Pós-graduação	Educadora (trabalho formal)	Heterossexual	Umbanda
Mayara	26	Mulher trans	Preta	Ensino superior completo	Consultora de viagens (trabalho formal)	Heterossexual	Umbanda
Ayla	28	Mulher trans	Parda	Ensino superior incompleto	Técnica de enfermagem (trabalho formal)	Heterossexual	-
Selena	36	Mulher trans	Parda	Ensino superior incompleto	Assessora de Recursos Humanos (trabalho formal)	Heterossexual	Católica
Talitha	37	Mulher trans	Branca	Pós-graduação	Tecnologia da Informação (trabalho informal)	Ginessexual	Anglicana

Nome fictício	Idade	Identidade de gênero	Raça/ cor	Escolaridade	Ocupação	Orientação sexual	Religião
Kayane	25	Mulher trans	Branca	Ensino médio completo	Auxiliar administrativa (trabalho formal)	Bissexual	-
Stella	43	Gênero fluido	Branca	Ensino superior completo	Atendente (trabalho formal)	Heterossexual	Umbanda
Karina	37	Travesti	Parda	Ensino superior incompleto	Estudante	Heterossexual	-
Luara	33	Travesti	Parda	Ensino superior incompleto	Cuidadora, trabalhadora sexual e corretora de planos de saúde (trabalho informal)	Pansexual	Candomblé

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

As formas de nomear os TMC pelas participantes são elementos importantes para situar as narrativas em complexos em cadeia. Os rótulos acordados com as entrevistadas, em sua maioria, faziam menção a sintomas e categorias nosológicas correlatas às dimensões psicopatológicas ansiedade e depressão, nomeação já ofertadas por elas. Uma exceção à essa tendência foi o uso de "disforia de gênero" pela entrevistada Selena. Os rótulos negociados para designar os TMC são apresentados na Tabela 2:

Tabela 2. Nomes utilizados para definir transtornos mentais comuns

Entrevista	**Nome**
1 - Eliana	"transtorno depressivo recorrente"
2 - Mayara	"ansiedade"

3 - Ayla	“depressão e ansiedade”
4 - Selena	“disforia de gênero”
5 - Talitha	“depressão e ansiedade”
6 - Kayane	“crises”
7 - Stella	“crises de ansiedade”
8 - Karina	“crise de ansiedade”
9 - Luara	“estar depressiva”

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

As narrativas por complexos em cadeia são evocadas principalmente pela primeira seção do roteiro *MINI McGill*. Esse modo de narrar também é identificado em outras seções, apresentando-se entremeada às narrativas por protótipo e por modelos explicativos. As US extraídas das narrativas por complexos em cadeia indicam sentidos atribuídos aos TMC em uma sequência de episódios que marcam a vida da entrevistada. Os elementos de conexão entre esses episódios são diversos, podendo representar uma contiguidade em termos de tempo, memórias ou emoções suscitadas pelos eventos narrados.

A partir das US condensadas, identificaram-se temas e subtemas. A distribuição dos temas nas entrevistas está demonstrada no Quadro 1 (modelo sugerido por Fontanella et al. (2011)):

Quadro 1. Distribuição dos temas nas entrevistas

	Entrevistas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dificuldades nas relações interpessoais e solidão	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vitimização e violência	x	x		x	x		x	x	x
Dificuldades na relação com o corpo	x		x	x	x			x	
Transições, trânsitos e rupturas	x	x	x	x	x		x	x	x

Iniquidades socioeconômicas	x	x	x	x	x			x	
Sofrimento psíquico e manifestações somáticas	x					x			

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Dificuldades nas relações interpessoais e solidão

As experiências de TMC, sem exceção, se ligam a episódios de fragilização das relações interpessoais.

Relações familiares - as tensões familiares são narradas a partir da experiência de recusa da identidade transfeminina. A sua revelação à família é acompanhada pela preocupação em ser compreendida e é seguida eventualmente pelo distanciamento nessas relações.

> *Assim, minha mãe criou todas as resistências. Mesmo que hoje ela aceite, mas pergunte ela. Pergunte a mim você: quando que ela vem na minha casa? Dificilmente. (Eliana)*

A imposição da cisnormatividade na infância e na vida adulta no contexto familiar demanda estratégias de resistência a fim de exigir respeito à sua identidade de gênero.

> *(...) meus irmãos até me zoavam. Eu pegava uns… aquele shortinho. (...) Eu pegava, subia o short. Entendeu? Esmagava a genitália. Nossa! E meus irmãos olhavam, sem palavras. "Que absurdo isso!" Na cabeça deles, né? (Eliana)*

> *Meu irmão gêmeo ainda me chama pelo meu nome morto. (...) E aí eu entendo que é dele, não é meu. (Selena)*

> *Minha mãe mostrou uma coisa (...). Ela queria comprar um tênis masculino na Mr. Cat, uma coisa desse estilo assim pra mim. E eu tô sempre falando não, não, não, não. E ela insiste. Ela vai entrando,*

> *"vem aqui!". Nessas horas eu preciso ser muito mais incisiva, eu fico agressiva. (...) Isso também é uma coisa estressante demais. (Stella)*

Relações afetivas: a afetividade romântica oferece desafios a algumas entrevistadas e a solidão se destaca nessas narrativas.

> *E eu estava chorando hoje de manhã, pensando exatamente nisso. A solidão da mulher trans, a dificuldade de se conectar com quem você gosta (...). (Thalita)*

> *E, com isso eu me separei, daí eu me vi sozinha: sem amizades, sem família, sem amigos… e eu comecei a sentir muito a ansiedade (...). (Ayla)*

Kayane demarca que um dos motivos para a dificuldade de se relacionar romanticamente está na preocupação em ser constantemente hipersexualizada.

> *Assim, eu não tenho uma pessoa certa, fixa, mas acabo que sempre estou conhecendo pessoas diferentes. E como a maioria das vezes não dá certo, pelos problemas que a gente já sabe que é muito difícil uma mulher trans ter um relacionamento, (...) pelo fato de ser sexualizada e tal. (Kayane)*

Amizades e relações profissionais: algumas entrevistadas relatam rejeição nos ambientes de trabalho e o sofrimento que decorre disso. A transição também pode ser acompanhada do afastamento de sua rede de apoio, levando à sensação de não possuir vínculos de amizade suficientemente fortes.

> *Por exemplo, o trabalho. No trabalho, ninguém suspeitou que eu era trans. Depois que eu comecei a falar, eu senti que algumas pessoas mudaram comigo muito na forma de me tratar. Pra ruim, sabe? (Ayla)*

> *Eu perdi todos os meus amigos também. Todos, todos, todos. Todas as pessoas que ficavam comigo e conversavam, que eu tinha amizade, da igreja também, da outra igreja… nunca mais ninguém. Quando correu a notícia "ah Talitha virou travesti", eles pensam assim, né? (Talitha)*

Relações entre outras pessoas transgêneras/LGBTQIAPN+: o acolhimento entre pares constitui fonte de suporte para maioria das entrevistadas. Contudo, se tensões nas relações dentro da comunidade LGBTQIAPN+ são experimentadas, sentimentos de isolamento, invisibilização e desapontamento são narrados. Selena e Eliana sugerem que aquelas que desejam expressar uma imagem feminina, em conformidade com a cisnormatividade, podem ser incompreendidas, mesmo que compartilhem alguma crítica a uma "cultura imposta":

> *Ai, ficam questionando assim: "Ai você vai operar, mas isso é isso, isso é aquilo". Tipo, não respeitam a opinião dos outros, acham que porque elas não querem fazer, elas se sentem bem daquele jeito, é obrigado a todo mundo se sentir. (Stella)*

> *Por causa da cultura que foi imposta. Igual a mim. Muita coisa foi imposta, mas eu tenho a sensibilidade de perceber e respeitar o outro como pessoa, como eu gostaria que me respeitassem enquanto pessoa. Não que me olhassem: "ah porque ela é uma mulher cirurgiada". (Eliana)*

Luara, uma travesti no início de sua transição, exprime sua decepção em não ser acolhida por pessoas tansfemininas mais velhas. Já a experiência de Stella com "crises de ansiedade" relata, dentre uma sequência de eventos, um episódio de comentário transfóbico proferido por colegas transmasculinos.

> *E um dado interessante é que, por exemplo, mesmo as ancestrais, as matriarcas lá, as mais velhas, elas não nos acolhem. Não tem esse acolhimento. Tipo, de olhar pra você e ver que você tá começando a sua transição, não é uma generalização. Nem todas, né? Eu tenho que ponderar isso porque, não são todas que nos acolhem. (Luara)*

> *Eles falaram que só saem com mulher cis. Mulher trans não, porque o pênis é nojento. (Stella)*

Violência e vitimização

O tema da violência é prevalente nas narrativas sobre experiências com TMC e contemplam diversas tipologias e configurações da violência.

Transfobia no cotidiano: esse subtema identifica episódios de injúrias sofridas pelas entrevistadas recorrentemente nos espaços comunitários motivadas pela transfobia. Narrados a partir do termo *bullying,* revelam que a intolerância a uma expressão de gênero diversa configurou o espaço escolar como um ambiente inseguro para crianças trans. Todavia, a categoria *bullying* pode invisibilizar as questões de gênero em jogo na experiência por ela nomeada.

> *Eu passei por várias situações na minha adolescência na escola que era bullying, o preconceito. Né? Era o afeminado... Enfim... Mas eu nunca aceitava a questão de ser chamada de gay (...).* (Eliana)

A possibilidade de nomear as injúrias sofridas na adolescência como transfobia coexiste com o uso da categoria *bullying* nas reflexões de Talitha, nos deixando a pergunta sobre quais fenômenos cada uma delas descreve.

> *Assim, na adolescência eu tive episódios de pessoas me zoando por causa do meu jeito, falando que eu era menina, falando que eu era bicha e tal, e eu ficava assim, eu ficava com raiva das pessoas que falavam aquilo, porque eu me sentia menino. (...) Eu apanhei, eu sofri, eu sofria transfobia. Só que eu não sabia que isso era transfobia o que eu sofria. Na época, acho que a palavra bullying nem era usada ainda. (Talitha)*

Injúrias transfóbicas proferidas em espaços públicos são relatadas em contextos de aproximação com outros marcadores de opressão como raça/cor e trabalho sexual.

> *(...) quando os caras sentavam na minha mesa, achavam que estavam falando com uma mulher. E aí eu tinha que falar: olha, desculpa,*

> *mas eu sou uma pessoa travesti. O cara se espantava. "Mas eu não sou ativa, entendeu?" Se o cara quisesse, ele continuava o papo. Se ele não quisesse, ele se retirava. (...) Algumas vezes eu recebi palavras grosseiras. "Por que que você não me avisou? Sai da mesa." "Não vou sair da mesa não." Aí tinha que peitar… (Eliana)*

> *Um velho babão. Babaca, né? Que passou e falou assim: "Bicha!". Depois de um tempo, passou um outro que falou: "Bicha!". Eu acho que teve um terceiro que também falou "bicha". (...) Sinceramente, pra mim, foi a primeira vez que fui vendo isso tão diretamente. Por que eu acho que foi desse jeito, que a primeira vez eu tava perto e vi aquilo tudo? Porque tinha uma travesti preta. Pelo que eu entendi. Questão da cor, pela questão da rua. Ela estava numa roupa mais simples, dava pra ver que era uma pessoa que está mais marginalizada. Então, aquelas pessoas sentiram que estavam livres pra falar mais desse jeito, né? Então, aquilo me incomodou demais. (Stella)*

Uma dimensão mais simbólica da violência constitui-se de experiências sofridas como os episódios em que o nome "morto" é utilizado. A necessidade de orientar terceiros sobre o uso adequado do nome e pronome, que podem ocorrer reiteradamente, são experimentados como uma agressão à subjetividade de pessoas transfemininas.

> *Aí depois que ela perguntou o que ela queria perguntar, eu respondi o que ela queria e depois eu pedi, falei: "Ai mãe, por favor, quando a senhora for me chamar, se referir a mim, meu nome é Luara. Eu gostaria de pedir à senhora que não se referisse mais dessa forma, porque isso me agride, isso me entristece…" (Luara)*

A violência também se manifesta através de olhares de julgamento e ao serem questionadas de forma invasiva acerca da identidade de gênero.

> *Tinha questões de transfobias também, mas assim… transfobias que eu digo na rua, olhares e tal… eu estava numa cidade diferente e aí, tipo, as pessoas me olhavam… (Karina)*

> *Houve um momento ainda no início da graduação que eu comecei a ter o meu gênero questionado por algumas pessoas da minha turma. Sem que eu tivesse esse tipo de debate dentro de mim. (Mayara)*

Violência institucional: Eliana relembra o sentimento de angústia experimentado durante o processo para retificação de seus documentos civis, quando enfrentou um grande aparato burocrático para "se provar mulher".

> *Foi quando se exigia a cirurgia pra mudar o nome. Pra você mudar o nome você tinha que ser reconhecida no feminino, você tinha que provar um monte de coisas pra justiça que você era mulher. (...) e aí eu tinha que comprovar vários documentos e fotos, seja lá o que for. Áudio, testemunhas, entendeu? Que eu era mulher. E mais ainda: você tinha um atendimento específico com um psiquiatra judiciário e com a psicóloga judiciária do próprio judiciário, que eles tinham que observar e saber se você realmente era mulher. Fora que o juiz te chamava lá pra te atender com o seu nome masculino. (Eliana)*

A violência institucional também é vivenciada nas imposições e restrições à performance de gênero no contexto laboral.

> *No início da minha transição, um dos gerentes não queria deixar eu trocar de roupa no banheiro feminino. E aí eu também não queria trocar de roupa no banheiro masculino. E aí às vezes eu me propunha a trocar de roupa no corredor. Já ia com o uniforme todo e aí ia de sutiã, tirava a blusa, ficava de sutiã, expondo o meu corpo e colocava. (Selena)*

Violência intrafamiliar/violência íntima: Eliana traz relatos de agressões físicas na infância, motivadas pela intolerância familiar à expressão de sua variabilidade de gênero, e também na vida adulta, agora perpetrada por seu cônjuge.

> *Eu chegava em casa falando que a menina tinha me chamado de viado, de gay enfim. Aí ela falou assim: por que você não tira as calças e mostra pra ela? Eu falei assim: vou mostrar o quê? Eu não sinto*

> *vontade de mostrar nada pra ela. Minha mãe falava assim, entendeu? "Então você vai apanhar". Eu apanhava. (Eliana)*

> *Foi o primeiro dia que ele me agrediu. (...) Ele chegou doidão, bêbado, na minha intenção e me agrediu. (Eliana)*

Violência sexual: a violência sexual, presente na biografia de Eliana e Luara, são evocadas nas narrativas sobre experiência com TMC.

> *Eu posso estar passando por alguns momentos de depressão, depressivo. Não sei como falar exatamente. Porque, na verdade, não é só de agora. Tem outras questões da minha infância, dos abusos que eu sofri enquanto era criança (…). (Stella)*

A violência sexual percebida como ameaça latente ao corpo transfeminino é descrita por Stella:

> *Eu comecei a perceber que os homens estavam me olhando com uma cara, assim, meio de... com dúvida, outros que eram de certo preconceito, e outros com olhar de desejo, objeto sexual mesmo. (...) tava voltando pra livraria. (...) Tinha uns homens trabalhando em obras. Aí o negócio pegou, porque eu tinha certeza que (...) aqueles homens que estavam ali, eles iam até a mim, me forçar a ir pra algum canto pra fazer alguma coisa sexual. E ali eu desesperei, eu paralisei. (Stella)*

Ameaça à vida: duas entrevistadas viveram a violência urbana como ameaças às suas vidas por serem mulheres trans. Eliana enfrentou intimidação por parte de atores do crime organizado em sua comunidade: *"(...) lá do alto eu ouvia assim os meninos gritarem: 'Vai morrer, vai morrer! Anda com polícia!'"*. Karina sobreviveu a uma tentativa de homicídio que foi narrada a partir do significado de *"mudar a vida totalmente"*, de passar a *"não existir dentro de si"*.

Dificuldades na relação com o corpo

A relação conflituosa com o próprio corpo, ou partes dele, atravessa de forma contundente as experiências de sofrimento emocional de Eliana, Ayla, Selena, Talitha e Karina.

"Disforia": esta categoria surge nos depoimentos de algumas participantes sem denotar uma adesão à categoria nosológica "disforia de gênero" do DSM V. Ressignificada pelas entrevistadas, nomeia o desconforto com características corporais, mas não faz dessa experiência vivida uma patologia. A disforia é narrada a partir da restrição para engajar-se em atividades corriqueiras, relacionamentos, ou para a ocupação de espaços públicos.

> *Então, a questão do toque corporal, quando você tem que ter com uma pessoa, nossa, é muito desconfortável. Muito, muito, muito! (...) Tipo assim, uma disforia tão grande que só o encostar assim, mesmo que não seja a olho nu (...). Encostar no sentido de roupa mesmo, porque quando a gente tem intimidade com a pessoa e a gente mantém relações, a gente precisa desse toque, desse envolvimento e no meu caso, às vezes ainda é muito desconfortável, sabe? (Selena)*

> *E eu não quis abrir um canal [de vídeos] por causa da disforia com a minha aparência. Porque, assim, aquela pessoa masculina que eu era, hoje já está um pouco mais feminina. Mas ainda tem muitos traços masculinos que eu quero feminilizar. Aí por isso que eu não vou com tudo. (Talitha)*

> *Eu amo praia, mas eu não sou livre pra ir, porque eu fico sempre com receio de aparecer algum voluminho e aí as pessoas olharem e ficarem assustadas, não sei. (Ayla)*

Urgências relacionadas às demandas de transformação corporal: narrativas de Selena e Talitha articulam o desconforto relacionado à genitália a sentimentos de tristeza e desesperança pela dificuldade de acesso à cirurgia de transgenitalização pelo Processo Transexualizador (SUS). Para Selena, o

procedimento cirúrgico para afirmação de gênero representa uma possibilidade de *"se sentir completa"*.

Transições, trânsitos e rupturas

Os movimentos internos e externos para garantir seu fazer de gênero colocam as entrevistadas em circunstâncias de instabilidade e a desumanizam. Selena diz que assumir a identidade transfeminina é *"vestir a capa de um super-herói"*. Ou seja, assumi-la exige disposição para carregar uma *"responsabilidade"*, um *"peso"*.

Identificação com a transfeminilidade: o momento de reconhecimento da própria variabilidade de gênero em uma sociedade cisnormativa surge em algumas narrativas como um processo permeado por sentimentos de inadequação, dúvida e insegurança, além de ser vivido frequentemente de modo solitário, com pouco apoio.

> *Tem momentos que eu olho no espelho assim, que eu me sinto até bem, que eu tô muito feliz com o meu corpo, que eu olho meu corpo, me vejo uma garota, eu falo assim, gente, mas eu tô muito linda, eu tô muito bela e eu me sinto muito feliz, eu saio na rua muito confiante, sabe, eu saio, nada me abala, mas tem... Tem dias que essa confiança não existe, entende? (Luara)*

> *Eu sempre tive essa sensação de não pertencer. Mesmo que eu fizesse um esforço, que eu me colocasse nos lugares, eu não conseguia me sentir em parte. Meu grupo de amigos, mesmo tendo intimidade, a gente tendo uma relação cordial e verdadeira de alguma forma, eu não me sentia parte. Eu acho que por ter essa questão com a minha identidade. Eu acho que isso contribuía. Então não importa o que eu fizesse, o esforço… eu sempre me senti muito só. (Mayara)*

Movimentos para viabilizar a transição: a fim de garantir um espaço viável para a vivência da transfeminilidade, algumas entrevistadas precisaram abandonar contextos de uma relativa estabilidade material ou afetiva. Eventos como saída da

casa da mãe (Eliana), mudar-se para distante da família (Karina), afastar-se do grupo religioso (Eliana) e o divórcio (Talitha) exemplificam esses episódios.

> *Ah, eu me senti muito debilitada, eu me senti sozinha, muito sozinha e isso me dava muito medo. Porque eu vim para o Rio de Janeiro, tinha aquele medo de estar sozinha longe da minha família. Minha família, apesar de eu ter vindo de lá justamente por conta desses problemas, a minha família é um porto seguro pra mim. (Karina)*

Iniquidades socioeconômicas

Dificuldades financeiras e empregabilidade: preocupações decorrentes dessas questões atravessam algumas narrativas:

> *Daqui a pouco eu tô formada, em julho, aí será que eu vou conseguir trabalhar, será que eu não vou conseguir? Aí vem essas questões… você paga aluguel, estou ganhando a bolsa, vai parar a bolsa, e aí o que eu vou fazer? Aí estou pensando: "meu Deus! Vou ter que me prostituir". (Karina)*

Insegurança de moradia: as experiências de "crise de ansiedade" de Karina e de "depressão e ansiedade" de Talitha fazem aproximação com situações de moradia precárias.

> *Era um prédio velho, era um alojamento estudantil (...). Então, eu estava morando lá, era um prédio precário, bichado, com a estrutura elétrica à mostra, por isso que pegou fogo também e tal. (Karina)*

> *Tanto é que estou dormindo todas as noites no abrigo do Estado (...). Tem minha vaga lá garantida, eu entro, aí tem o recebimento, tem o jantar, tem roupa de cama, a gente dorme, toma banho e às 7 da manhã você tem que ir embora pra rua. (Talitha)*

Sofrimento psíquico e manifestações somáticas

Aproximações do aspecto da fisicalidade dos TMC são exploradas na minoria das narrativas por complexos em cadeia.

Sintomas físicos: destacam-se dentro da própria sequência de eventos narrados, aproximando as dimensões emocional e somática, sem atribuir causalidade entre essas.

> *Antes do teatro, eu tive alguns dias que eu [me] senti meio fraca, eu meio que me apaguei, porque eu estava naquela... não é me apaguei… Eu vou à aula de capoeira, que é sexta à noite. Então eu fui em uma aula e eu não estava conseguindo fazer as coisas direito, a parte física da aula eu não estava conseguindo participar. Eu acho que eu senti uma tonteira (...). (Stella)*

Hormonização e desestabilização: o uso autônomo de hormônios femininos é uma prática comum entre pessoas transfemininas. Na entrevista de Eliana, o início da hormonização é o primeiro evento narrado ao ser questionada sobre quando se deu conta de que estava atravessando um quadro depressivo.

> *Quando eu comecei a me transicionar, quando eu comecei a me autoinjetar… Eu comecei a perceber que não estava legal, que eu estava muito chorosa. (Eliana).*

Discussão

Na amostragem deste estudo, a representatividade de identidade de gênero (mulher trans, travesti e pessoa não-binária) e raça/cor (preta, parda e branca) apresenta correlação com alguns estudos quantitativos de base comunitária (CEDEC, 2021; Grinsztejn et al., 2017;). Contudo, possuir nível superior de ensino e vínculo formal de trabalho, aspectos predominantes entre

as participantes deste estudo, é realidade para uma minoria da população transfeminina de um modo geral, ao passo que o trabalho sexual é muito mais prevalente (Grinsztejn et al., 2017; CEDEC, 2021). A limitação da amostragem em refletir alguns determinantes sociais relevantes para a população transfeminina não impediu que experiências de vulnerabilização social fossem exploradas com frequência pelas entrevistadas.

Nos estudos sobre experiência de adoecimento com TMC que focam na investigação de modelos explicativos, os achados frequentemente atribuem a causa dos TMC a dificuldades psicossociais como conflitos familiares, problemas financeiros e luto (Jain et al., 2025; Lloyd et al., 1998; Andrew et al., 2012). Fatores semelhantes são evocados nas narrativas por complexos em cadeia neste estudo. O conceito de sofrimento social oferece uma lente que permite compreender essas narrativas de forma ampliada e aponta para a necessidade de superar as respostas burocráticas à violência e às iniquidades sociais que perpetuam um estado de incomunicabilidade da dor (Kleinman, 1997).

No estudo de Andrew et al. (2012), mulheres cis nomeiam a violência íntima e a divisão desigual do trabalho doméstico como causas dos TMC. As narrativas de pessoas transfemininas ampliam a compreensão das questões de gênero nos TMC, situando a transfobia como aspecto fundamental das dificuldades psicossociais experimentadas pelas participantes.

O modelo de estresse de minorias faz consonância com as experiências das entrevistadas ao descrever os fatores distais (episódios de violência física, violência sexual e discriminação) e proximais (expectativa de sofrer violência e discriminação e transfobia internalizada) que levam a desfechos negativos em saúde mental entre minorias sexuais (Meyer, 2003). As narrativas de pessoas transfemininas submetem a compreensão desses fatores estressores a partir da dimensão do vivido. Uma complexidade maior desses eventos é acessada a partir da perspectiva em primeira pessoa, revelando os aspectos sutis da violência no cotidiano, a solidão e os sentimentos de insegurança que atravessam os processos de transição.

A apropriação do termo "disforia" pelas entrevistadas não é uma adesão à patologização das identidades trans e oferece uma visão de uma "disforia" situada no cotidiano das pessoas transfemininas. Observa-se também que o desconforto com as características corporais é um aspecto importante da experiência de TMC, mas não primordial. Está localizado em um contexto mais amplo de dificuldades psicossociais diversas, chamando a atenção para a necessidade de um cuidado em saúde mental da população trans a partir da perspectiva da integralidade.

Entre os rótulos escolhidos pelas entrevistadas para nomear os TMC, apenas um deles dá centralidade ao tema da disforia. A maioria valoriza as dimensões psicopatológicas da ansiedade e da depressão (**Tabela 2**). Em outros estudos sobre TMC, rótulos como "tensão", "preocupação", "sofrer dos nervos" e "sistema nervoso" são comuns (Menezes et al., 2019; Andrew et al., 2012). A maior aproximação do discurso psiquiátrico pelas participantes deste estudo poderia ser explicado pelo nível de escolaridade, a formação de algumas delas no campo da saúde, bem como o destaque dado a essas categorias diagnósticas no processo de recrutamento. Esses aspectos podem ter implicado também na ausência de rótulos que façam menção aos sintomas físicos sem explicação médica - aspecto central da psicopatologia dos TMC.

Algumas entrevistadas narram o surgimento de sintomas físicos (fraqueza, desmaios e tontura) ou o início da hormonização como marco da intensificação do sofrimento emocional, expressando certa desestabilização da dicotomia mente-corpo na experiência vivida. Associações entre hormonização e sofrimento psíquico poderão ser aprofundadas futuramente com a análise do recorte de narrativas por modelo explicativo.

Apesar da maioria das participantes serem pessoas autodeclaradas negras (2 pessoas pretas e 4 pardas), a questão racial foi apenas tangenciada em uma das entrevistas produzidas a partir do roteiro *MINI McGill*, mostrando certa limitação dos procedimentos metodológicos utilizados em fazer evocar narrativas que contemplem a interseccionalidade entre identidade de gênero e raça/cor.

Conclusão

O estudo de narrativas sobre experiência de adoecimento de pessoas transfemininas com TMC possibilitou conhecer aspectos importantes relacionados aos significados que as entrevistadas atribuem a esse fenômeno. A opção de recortar as narrativas produzidas a partir do modelo de complexos em cadeia evidenciou a dimensão mais tácita dessas experiências. A análise das narrativas por protótipo, por modelos explicativos, sobre busca de ajuda e sobre o impacto sobre a vida aprofundarão o conhecimento sobre a experiência de pessoas transfemininas com TMC. A dimensão do sofrimento social na experiência dos TMC, todavia, já se fez evidente. A transfobia se revela no centro das dificuldades psicossociais vivenciadas por essas pessoas e atualiza a violência também enquanto micro agressões cotidianas.

Referências

ALMEIDA, D; TÓFOLI, LF; FORTES, S. Somatização e sintomas sem explicação médica. *In*: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018, v. 2, p. 2036–2044.

ANDREW, G; COHEN, A; SALGAONKAR, S; et al. The explanatory models of depression and anxiety in primary care: a qualitative study from India. **BMC Research Notes**, v. 5, p. 499, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477101/>.

BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2655–2664, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000015&lng=pt&tlng=pt>.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BEUSENBERG, M; ORLEY, JH; WORLD HEALTH ORGANIZATION DIVISION OF MENTAL HEALTH. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ. 1994. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/61113>

CARVALHO, M. "Travesti", "mulher transexual", "homem trans" e "não binário": interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **Cadernos Pagu**, n. 52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

83332018000100501&lng=pt&tlng=pt>.

CARVALHO, M; CARRARA, S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 14, p. 319–351, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200015&lng=pt&tlng=pt>.

CARVALHO, MFL; CARRARA, S. Ciberativismo trans: considerações sobre uma nova geração militante. **Contemporanea**, v. 13, n. 2, p. 382–400, 2015.Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/view/13865>.

CEDEC - CENTRO DE ESTUDOS DE CULTURA CONTEMPORÂNEA. **Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/06/1606522/mapeamento_pessoas_trans_cedec.pdf.

CIASCA, SV; EL KHOURI, JK; BENEDITO, L A P. Mulheres trans e travestis. *In*: **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021, p. 229–239.

FONTANELLA, BJB; LUCHESI, BM; SAIDEL, MGB; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 388–394, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt>.

FORTES, S; VILLANO, LAB; LOPES, CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100006&lng=en&tlng=en>.

FORTES, S et al. Classificações em Saúde Mental na Atenção Primária: mudam as doenças ou mudam os doentes?. In: ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B; COSTA, JF (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** 1. ed. [S. l.]: Garamond, 2014. p. 171-190.

GOLDBERG, DP; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London; New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GOLDBERG, D. *A dimensional model for common mental disorders*. **The British Journal of Psychiatry. Supplement**, n. 30, p. 44–49, 1996.

GOLDBERG, D; GOODYER, IM. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. 0. ed. [s.l.]: Routledge, 2005.

GOLDBERG, DP; REED, GM; ROBLES, R; *et al. Screening for anxiety, depression, and anxious depression in primary care: A field study for ICD-11 PHC*. **Journal of Affective Disorders**, v. 213, p. 199–206, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716320766>.

GONÇALVES, DA; MARI, JJ; BOWER, P; *et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&tlng=en>.

GRINSZTEJN, B; JALIL, EM; MONTEIRO, L; *et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil*. **The Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. e169–e176, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301817300152>.

GROLEAU, D; YOUNG, A; KIRMAYER, LJ. *The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience*. **Transcultural Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 671–691, 2006. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461506070796>.

HENDRICKS, ML; TESTA, RJ. *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model*. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 43, n. 5, p. 460–467, 2012. Disponível em: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0029597>.

JAIN, R; KAKUMA, R; SINGLA, DR; et al. Explanatory models of common mental disorders among South Asians in high-income countries: A systematic review. **Transcultural Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 241–264, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12130613/>.

KER, A; FRASER, G; LYONS, A; *et al. Providing gender-affirming hormone therapy through primary care: service users*. **Journal of Primary Health Care**, v. 12, n. 1, p. 72, 2020. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/?paper=HC19040>.

KLEINMAN, A. *"Everything That Really Matters": Social Suffering, Subjectivity, and the Remaking of Human Experience in a Disordering World*. **Harvard Theological Review**, v. 90, n. 3, p. 315–336, 1997. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0017816000006374/type/journal_article>.

LEAL, EM; SERPA JUNIOR, OD. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2939–2948, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000018&lng=pt&tlng=pt>.

LINDSETH, A; NORBERG, A. *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 18, n. 2, p. 145–153, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>.

LLOYD, KR; JACOB, KS; PATEL, V; et al. The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 5, p. 1231–1237, 1998. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291798007065/type/journal_article>.

MENEZES, ALA; ATHIE, K; FAVORETO, CAO; et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170803, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LN93BcDqw7J9cX85zTBLGsh/?lang=pt>.

MEYER, IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003. Disponível em: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

MIZOCK, L. *Transgender and Gender Diverse Clients with Mental Disorders*. **Psychiatric**

Clinics of North America, v. 40, n. 1, p. 29–39, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X16300740>.

MORERA, JAC. *El dispositivo trans: sobre realidades, complejidades y subversiones al aparato cisheterosexual*. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 32, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26129>.

NAVEED, S; WAQAS, A; CHAUDHARY, AMD; *et al. Prevalence of Common Mental Disorders in South Asia: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis*. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 573150, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.573150/full>

RODRIGUES, FTT. **Redes de atenção à saúde e população trans:** obstáculos, recursos e possibilidades. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, KOB; ARAÚJO, TM; OLIVEIRA, NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214–222, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100023&lng=pt&tlng=pt>.

SEIBEL, BL; SILVA, BB; FONTANARI, AMV; *et al. The Impact of the Parental Support on Risk Factors in the Process of Gender Affirmation of Transgender and Gender Diverse People*. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 399, 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00399/full>.

SCHULMAN, JK; ERICKSON-SCHROTH, L. *Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women*. **Medical Clinics of North America**, v. 103, n. 4, p. 723–733, 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712519300082>.

STEEL, Z; MARNANE, C; IRANPOUR, C; *et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013*. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyu038>.

SMITH, JA; FLOWERS, P; LARKIN, M. **Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research**, London: SAGE, 2009.

TEN HAVE, M; TUITHOF, M; VAN DORSSELAER, S; *et al. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic*. **World Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 275–285, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.21087>.

TENÓRIO, LFP; PRADO, MAM. Patologização das identidades trans e a violência na atenção à saúde: das normativas às práticas clínicas. In: UZIEL, Anna Paula; GUILHON, Flávio (org.). **Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsitos**. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.

TREHARNE, GJ; CARROLL, R; TAN, KKH; *et al. Supportive interactions with primary care doctors are associated with better mental health among transgender people: results of a nationwide survey in Aotearoa/New Zealand*. **Family Practice**, v. 39, n. 5, p. 834–842, 2022. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/39/5/834/6534143>.

TRANSGENDER EUROPE. **TMM Update Trans Day of Remembrance 2016**. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-trans-day-remembrance-2016/>.

VERGUEIRO, V. **Reflexões autoetnográficas trans* sobre saúde:** invisibilizações e marginalizações cistêmicas, e resistências à patologização e normatização das diversidades de gênero. [Site] Academia.edu, 2015. Disponível em: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=dWJ34O0AAAAJ&citation_for_view=dWJ34O0AAAAJ:0EnyYjriUFMC.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>.

YOUNG, A. *Rational men and the explanatory model approach*. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 57–71, 1982. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/BF00049471>.

Capítulo 15

Formação sensível à diversidade: narrativas de estudantes de odontologia sobre o cuidado às populações LGBTQIA+

Murilo Kazuo Iwassake
Virgínia de Menezes Portes
João Batista de Oliveira Junior
Mônica Machado Cunha e Mello
Stephany Yolanda Ril
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) com o objetivo de assegurar o acesso à saúde para uma população historicamente marginalizada, além de reconhecer e respeitar as diversas identidades de gênero, etnias, faixas etárias, orientações e práticas afetivo-sexuais. A PNSILGBT inclui em suas diretrizes a promoção da cidadania e inclusão da comunidade LGBTQIA+ por meio da colaboração com várias políticas sociais (Brasil, 2011).

No que tange à formação dos profissionais de saúde, a PNSILGBT incorpora a discussão sobre a saúde LGBTQIA+ no processo de educação

profissional. Nos cursos de graduação, o currículo delineia quais tópicos serão abordados na formação. Entende-se por currículo o conjunto de experiências no processo formativo, incluindo conhecimentos, estímulos e vivências transmitidas aos estudantes durante sua formação (Galli, 1989). O currículo formal é moldado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A mais recente versão das DCN para odontologia inclui, pela primeira vez, considerações sobre minorias sexuais e de gênero, enfatizando que os profissionais devem contemplar "as necessidades de saúde dos pacientes, incorporando dimensões éticas, humanísticas e sociais orientadas para a cidadania e direitos humanos [...]" (Brasil, 2021). Consequentemente, as discussões advindas dos estudos de gênero e sexualidade se tornam fundamentais tanto para a formação em odontologia quanto para outros cursos na área da saúde.

Sobre esses estudos, Michel Foucault (2015) descreve a regulação da sexualidade como uma estratégia de disciplinamento dos corpos, caracterizando-a como um biopoder. O biopoder é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do capitalismo, em que a construção e disseminação discursiva resultam no conceito de sexualidade como dispositivo de controle populacional a partir do século XXI (Foucault, 2015). Nesse cenário, as instituições educacionais atuam como reprodutoras do dispositivo da sexualidade, reforçado pelo conhecimento médico. Isso implica que abordagens médicas que se baseiam em dogmas distantes do pensamento crítico científico perpetuam padrões preexistentes.

De acordo com Warner (1994) a concepção da heterossexualidade como natural foi forjada ao longo da história ocidental por instituições sociais, estabelecendo a "heteronormatividade". Assim como a heteronormatividade, a cisgeneridade promove a normalização das identidades de gênero e sexos biológicos (Vergueiro, 2014). Judith Butler expande essa ideia ao introduzir o conceito de 'matriz de inteligibilidade'. Analogamente a uma estrutura matemática, a matriz de inteligibilidade resulta de práticas discursivas que constroem as identidades como inerentemente heterossexuais e cisgêneras, estabelecendo uma conexão direta entre sexo, gênero e desejo (Butler, 2018).

A partir dessas perspectivas, este texto explora a cisheteronormatividade como uma matriz de inteligibilidade que contribui para a violência contra populações de sexualidades não normativas por meio do que nomeamos de narrativas-focais, por compreendermos que estas são capazes de transformar o presente (Benjamin, 1987) e modificar culturas e grupos sociais (Ceccon et al, 2022), tornando-se uma forma de expressão coletiva. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as narrativas de estudantes de graduação em odontologia sobre o cuidado às populações LGBTQIA+.

Caminhos metodológicos e encontros: a pesquisa como espaço de escuta e diálogo

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando grupos focais online síncronos por meio da plataforma *Zoom*. Os participantes do estudo são estudantes de odontologia envolvidos na prática clínica. Os participantes foram contatados e convidados por meio de um formulário online, considerando marcadores sociais da diferença, como gênero e raça/cor, para garantir diversidade e representatividade.

Os potenciais participantes foram contatados via e-mail, *WhatsApp* e *Instagram*. A temática, relevância e objetivos da pesquisa foram explicados, incluindo uma leitura detalhada e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os voluntários foram categorizados com base na identidade de gênero e orientação sexual, resultando em dois grupos: a) pessoas LGBTQIA+; e b) pessoas cisheterossexuais. Assim, ao total foram ouvidas 10 pessoas, sendo cinco participantes de um grupo focal online composto por pessoas lésbicas, gays e bissexuais, todas cisgêneras sendo este o grupo LGBTQIA+. O segundo grupo focal online foi composto por cinco pessoas sendo essas três mulheres cisgêneras heterossexuais e dois homens cisgêneros heterossexuais. Vale ressaltar que somente uma pessoa negra participou

desses grupos focais online, sendo uma mulher lésbica, as demais pessoas participantes eram brancas.

Os grupos foram conduzidos por dois pesquisadores, incumbidos da moderação, elaboração de relatórios e gestão de aspectos técnicos. As discussões foram orientadas por meio de perguntas direcionadoras, formuladas de maneira a proporcionar um ambiente propício para interações genuínas e livres. A condução do grupo seguiu o modelo participativo e criativo a fim de envolver os participantes na construção de consensos. Tal iniciativa aproxima-se da noção de "oficinas" de construção de consenso (Onocko-Campos, 2011), método comumente utilizado para discussão e revisão de posicionamentos, encontros e discordâncias, propiciando a interpretação com o outro na produção de histórias e, portanto, de narrativas.

Para a interpretação dos dados foi utilizada a técnica de "Análise das Narrativas", caracterizada por seis passos: 1) transcrição detalhada e completa das narrativas; 2) identificação e organização do texto conforme as passagens das narrativas que faziam referência a "quem", "o quê", "quando", "onde" e "porquê"; 3) ordenamento dos acontecimentos; 4) investigação de opiniões, conceitos e reflexões dos participantes; 5) agrupamento e contraste entre os elementos que constituem cada narrativa; 6) interpretação crítica dos achados (Ceccon et al, 2022).

A análise seguiu um processo sistemático, iniciando pela transcrição detalhada das entrevistas, preservando marcas da oralidade e elementos do contexto. Na sequência, as narrativas foram fragmentadas em núcleos de significado, organizadas a partir das perguntas-chave "quem", "o quê", "quando", "onde" e "porquê", permitindo mapear atores, eventos, contextos e motivações. Esses elementos foram organizados cronologicamente, reconstruindo a trajetória das experiências dos participantes. A etapa seguinte centrou-se na investigação das percepções e conceitos expressos, identificando conteúdos como reforço e manutenção de estereótipos, críticas institucionais e reflexões éticas. Os dados foram agrupados por temas recorrentes e analisados com o

objetivo de salientar padrões e singularidades nas vivências dos estudantes, formando um corpus de narrativas-focais. Por fim, a interpretação crítica articulou os achados com o referencial teórico contextualizando-os no cenário da formação em saúde sensível ao cuidado às populações LGBTQIA+.

Neste estudo, as narrativas-focais baseiam-se na compreensão epistemológica proposta por Paul Ricouer (2011), que define a narrativa como a reconstrução pessoal da experiência, na qual são produzidos sentidos e significados para os acontecimentos. Por meio dos grupos focais online, obteve-se os elementos que configuram, segundo o autor, uma narrativa: o enredo, os personagens e o contexto. Assim, as narrativas-focais resultaram de um convite para narrar a formação em odontologia com enfoque no cuidado à população LGBTQIA+, possibilitando uma forma de "narrar o eu" e de fornecer "uma identidade", elaborando coletivamente um projeto ético de como foi e pode ser, criando modelos pelos quais são construídos os indivíduos como parte do mundo (Ceccon et al, 2022).

De acordo com os princípios éticos delineados na Resolução Nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, com o parecer sob o número 4.425.293.

Entre o dito e o vivido: narrativas sobre a formação e o cuidado

Ao revisitar as vozes e experiências partilhadas nos grupos focais online, foi possível perceber que as narrativas não seguiam um roteiro linear. Elas se entrelaçavam, saltavam no tempo e se misturavam com lembranças pessoais e percepções sobre a formação em odontologia. Nesses relatos, emergiram três caminhos narrativos que revelam como a sala de aula, a clínica e a vida cotidiana se cruzam na construção do olhar para o cuidado em saúde da população

LGBTQIA+. O primeiro, intitulado: "Vou usar o máximo que eu aprendi sem ser questão curricular", aborda aprendizados que acontecem fora do currículo oficial; o segundo, "Acolher é diferente de suportar" aborda a diferença entre acolher e apenas tolerar; e o terceiro, "Eu não tenho experiência nisso, as únicas coisas que eu vejo são no Instagram" sobre como as lacunas da formação são preenchidas por saberes improvisados, muitas vezes buscados nas redes sociais. Juntos, esses caminhos nos convidam a refletir sobre o quanto o dito e o vivido se tensionam e se transformam no percurso de formação e cuidado.

As narrativas-focais revelaram temas, focos e estilos capazes de gerarem narrativas de adoecimento, uma vez que podem resultar em desassistência odontológica. Segundo Bury (2001), os eventos que atuam como causas do adoecer ou que revelam seus efeitos imediatos no corpo e na vida cotidiana são identificadas como "narrativas contingentes", as quais se apropriam de conhecimentos biomédicos, integrando-os em narrativas pessoais fundamentadas em valores pautados pela experiência do adoecimento.

"Vou usar o máximo que eu aprendi sem ser questão curricular"

Este tema se debruça sobre o discurso cisheteronormativo e suas implicações na formação, especialmente no cuidado em saúde da população LGBTQIA+. Assim, o reflexo da padronização da cisgeneridade e da heterossexualidade como "normal" se apresenta na fala de uma interlocutora:

> *A primeira pergunta era: sexo. Teoricamente não precisava perguntar por que eu sabia que ele era o homem hétero e tudo mais, mas aí eu perguntei: sexo, olhei pra ele e ele falou: masculino, mas aí ele pensou "é hoje em dia é importante a gente fazer esse tipo de pergunta, né", não sei o quê, daí eu fui no automático assim. [...] Assim, não sei se vocês já fizeram talvez de nem fazer a pergunta (grupo cisheterossexual).*

Neste trecho é possível perceber o conhecimento prévio como base para o reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual do paciente, levando o profissional a não questionar o item 'sexo' do prontuário. É no conhecimento prévio que se percebe a cisheteronormatividade, trazendo marcadores ao gênero masculino e feminino como estilos de cortes de cabelo, acessórios e tipos de roupa que generificam o corpo e naturalizam práticas discriminatórias. Como aponta Butler (2018), a cisheteronormatividade se apoia na pressuposição de uma correspondência direta entre gênero e sexo, ou seja, uma relação entre o órgão genital e características como a expressão social dos indivíduos. Sem um olhar crítico para a cisheteronormatividade, o fazer clínico de um dentista se torna complexo, resultando em falas como *"nem sei fazer a pergunta"*, demonstrando constrangimento frente ao item "sexo" no prontuário.

Outro relato sobre a cisheteronormatividade chama atenção *"(...) eu acho que o atendimento acaba sendo padrão para todo mundo, independente da orientação, justamente por a gente não ter esse conhecimento" (grupo cisheterossexual).* A fala revela como a ausência de informações no processo formativo alimenta práticas padronizadas que acabam por invisibilizar identidades e experiências. Conforme Alonso (2022), a prática cisheteronormativa circunscreve-se no modelo biomédico e atravessa a formação de profissionais de saúde, implicando em barreiras de acesso para populações LGBTQIA+, dado aos altos níveis de exclusão, resultando em uma maior exposição a fatores de risco e morbidades.

O modelo biomédico compreende a doença como centro da prática clínica, desconsiderando a realidade sócio-histórica do paciente, culminando num processo de apagamento de determinados grupos sociais (Alonso, 2022). Esse modelo reduz o sujeito a sua doença transformando-o em um objeto, assim, o saber sobre a 'doença' ou a queixa apresentada reside no dentista. Esse processo contribui para o apagamento de subjetividades que o dentista desconhece, conforme apontado no grupo: *"Se a gente não tem essas*

informações, tudo fica num padrão, né? Que é o que a gente faz nos atendimentos, a gente finge que não existe" (grupo cisheterossexual). A problematização sobre o processo de subjetivação das pessoas LGBTQIA+ é trazida à tona no grupo de LGBTQIA+: *"Isso, que não é um respeito, não sofreu uma violência explícita, mas não ser considerado, ou ser o tempo todo lida como hétero ou fora da norma é uma falta de respeito e tem muita gente que não vai saber disso*". Ainda em relação ao apagamento, tem-se o relato: *"pessoas bis* [bissexuais] *no curso não existem. Principalmente quando elas namoram. Eu namoro com um homem, então eu sou hétero" (grupo LGBTQIA+)*.

O apagamento das pessoas LGBTQIA+ nos consultórios se configura como uma forma de violência, marcada pela expectativa de que essas pessoas precisam "se apresentar" ou "sair do armário" para terem suas demandas reconhecidas. O tabu sobre o debate das sexualidades instaura espaços específicos para falar sobre questões sexuais, assim como delimita esse assunto às pessoas LGBTQIA+. Uma estudante LGBTQIA+ sintetizou esse sentimento de desgaste:

> *Eu entendo quem não se pronuncia muito porque apesar disso tudo ser muito importante, às vezes a pessoa até sabe, é insuportável você não poder só existir você ter que ficar resistindo e educando as pessoas ao teu redor o tempo todo. Isso é muito, muito cansativo, e às vezes as pessoas só querem existir e serem incluídas e tratadas como todo mundo ao seu redor, mas não, elas precisam, para ser incluídas, ter que ficar brigando pelo espaço delas. E quanto mais caixinhas de exclusão elas tiverem, mais elas vão ter que fazer isso. Se ela for um gay cisgênero branco, ela vai ter que fazer menos. Agora se for uma travesti preta tem que ficar fazendo isso o tempo todo, porque senão ela vai ser tão fantasma ali dentro. Ninguém vai nem enxergar (grupo LGBTQIA+).*

Esse cansaço constante, de precisar resistir e educar ao mesmo tempo, foi reconhecido por outras pessoas participantes como um peso que ultrapassa a vida acadêmica. A denúncia do cansaço sofrido pelas pessoas LGBTQIA+ em discutir sobre a cisheteronormatividade, e afirmar sua existência, não raramente é vista

como agressiva: *"Porque acabou que eu virei um estigma. Sempre que eu levanto a mão pra falar na sala é 'a que quer lacrar' é a 'problematizadora' é a 'cheia de ódio' é a 'cheia de raiva' é a que 'tem que ter mais amor no coração" (grupo LGBTQIA+).*

Nesse contexto, pode-se pensar a pessoa LGBTQIA+ como responsável em educar o dentista, ou a que tem que "sair do armário" e falar da sua condição enquanto LGBTQIA+, fora do padrão cisheteronormativo esperado pelos profissionais de saúde. Se tratando de espaços que pessoas procuram em momentos de fragilidade, esse processo de se posicionar, e explicar uma condição não esperada, caracteriza-se como violento. A falta de debate crítico sobre tais aspectos em sala de aula estimula a uma pessoa cisheterossexual declarar:

> *Eu acho que vai além do que a gente tem no currículo ou não, sabe? Porque vai de cada um, porque a gente vai tirar do que a gente sabe por fora e procurar atender da melhor forma. Pelo menos eu penso assim, se eu tiver com experiência em atender alguém, quanto eu tiver, vou usar o máximo do que eu aprendi sem ser questão curricular (grupo cisheterossexual).*

Aqui, o currículo aparece como referência secundária, sendo a experiência pessoal o guia principal para o atendimento. Assim, questionar as suposições que sustentam a exclusão de pessoas LGBTQIA+ nas consultas odontológicas é passo fundamental para uma prática clínica verdadeiramente inclusiva. Isso significa que a responsabilidade de iniciar a conversa sobre gênero e sexualidade não deve recair apenas sobre quem vive essas experiências, mas fazer parte da formação e postura ética de todos os profissionais.

"Acolher é diferente de suportar"

Ao falar sobre o acolhimento a pessoas LGBTQIA+ na prática profissional, as pessoas participantes revelaram um misto de consciência sobre a importância desse cuidado e insegurança em como realizá-lo. Mesmo

reconhecendo a necessidade de um atendimento acolhedor, muitos relataram obstáculos para colocá-lo em prática no dia a dia. Entre os desafios da formação, destacam-se o despreparo e a insegurança ética para lidar com questões como o uso do nome social, a identidade de gênero, a abordagem de situações de violência e a garantia de acesso integral aos serviços de saúde.

A ausência de segurança e preparo revela lacunas no que se entende como formação ética. Finkler *et al.* (2010) define a formação ética como o processo de contextualização da ética na formação profissional, por meio do ensino, aprendizagem e vivência de valores humanizadores. A formação ética tem como objetivo auxiliar os estudantes a refletir, agir e reagir em situações profissionais, através de atitudes específicas. As falas mostram que até questões básicas, como perguntar o pronome correto, geram receio: "*Tenho um grande receio de ofender, principalmente, perguntando qual é o pronome para as mulheres lésbicas que não performam feminilidade, sabe?"* e "*Essa questão de perguntar o pronome e tal, é uma pergunta que não é nada naturalizada para a gente né, então é uma questão assim pra gente parece que a gente está perguntando uma coisa ofensiva assim né, e na verdade não é (grupo cisheterossexual)".* O receio de perguntar não está ligado à falta de interesse, mas à falta de prática e de naturalização desses diálogos durante a formação.

As narrativas revelam a insegurança em perguntar como a pessoa gostaria de ser chamada, o receio de questionar o pronome a ser utilizado revela o quão as questões de identidade, orientação e expressão de gênero necessitam ser dialogadas em diferentes âmbitos da sociedade, especialmente, entre profissionais de saúde. Tal situação revela um cuidado com o acolhimento de forma integral, uma vez que os interlocutores se preocupam em garantir os direitos das pessoas LGBTQIA+, respeitando o pronome/nome social, ou seja, aquele pelo qual as pessoas preferem ser chamadas, não sendo o nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam.

A utilização do nome social nos serviços de saúde é garantida por meio da Portaria nº 1.820/2009 impedindo o constrangimento e contribuindo para

o acesso aos serviços de saúde pela população trans (Brasil, 2009). No entanto, como afirma Silva *et al.* (2017) a realidade dos serviços de saúde revela que a consolidação das ações estabelecidas na PNSILGBT, dentre elas o uso do nome social, dependem do bom senso profissional, por se tratar de ações descentralizadas e institucionais.

A insegurança dos estudantes vai além do uso do pronome ou nome social. Ela aparece também diante da possibilidade de lidar com casos de violência, como relata um participante:

> *Por que eu acho que não basta você ir lá e denunciar, sabe? Você tem que acolher. [...] E a gente deve ser chave nesse acolhimento, e a pessoa chega até a gente né e eu acho que isso não é falado na nossa graduação, não é conversado. A gente nem sabe que a notificação de violência é compulsória (grupo LGBTQIA+).*

Destaca-se a preocupação com o acolhimento integral de pessoas em situações de violência, além da centralidade do profissional de saúde na condução interdisciplinar e multiprofissional desses casos. Essa narrativa evidencia a falta de conhecimento de que a violência é um agravo de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde, desde a identificação até o registro na vigilância epidemiológica.

O manejo das violências, sejam elas psicológicas, físicas, sexuais, patrimoniais e morais, dentro e fora dos serviços, exige olhares interdisciplinares e ações intersetoriais, todavia, a identificação e registro dessas situações são elementos cruciais e de responsabilidade dos profissionais de saúde. Essa visão limitada do papel do dentista dialoga com análises sobre como a formação odontológica ainda está centrada em um modelo biologicista e curativo. Para Carletto e Santos (2020), a formação odontológica circunscreve-se em um modelo biologicista, curativo e pensado a partir de espaços privados, como consultórios e clínicas, cujo acesso é individual e fragmentado. No Brasil, historicamente o atendimento odontológico apresenta como características a livre demanda do usuário e baseia-se nas ações curativas sob uma concepção flexneriana, reflexos do processo formativo (Carletto; Santos, 2020).

A perspectiva crítica acerca da atuação profissional é identificada também diante da recepção dos serviços de saúde de forma geral, não apenas no atendimento do dentista. Para alguns participantes, a ausência de acolhimento começa antes mesmo do atendimento odontológico: *"Acho que não existe assistência à saúde para pessoas trans, eu acho que elas não se sentem confortáveis nem para chegar ao sistema de saúde, quem dirá serem atendidas por profissionais tão despreparados quanto nós" (grupo LGBTQIA+).*

A ausência de assistência à saúde para a população LGBTQIA+ é destacada pelos fatores que afastam esse grupo dos serviços de saúde, incluindo preconceito, negligência e possíveis violências institucionais. Conforme Flauzino e Angelini (2022), a cisheteronormatividade dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde, já que as suas diferenças muitas vezes resultam em uma resposta inadequada por parte dos profissionais de saúde.

Como destacam Miskolci *et al*. (2022), o estigma por parte dos profissionais de saúde contribui para dificultar o acesso dessa população, limitando também a produção de dados e informações relevantes no SUS. Os autores chamam atenção para a necessidade de formação/qualificação profissional. A concepção que envolve o olhar dos futuros profissionais que permite identificar a noção "acolher é diferente de suportar", evidencia-se na narrativa abaixo, a qual além de apresentar conhecimento sobre as diferenças entre identidade de gênero e sexo biológico, relaciona com a possibilidade deste profissional reproduzir violência ou cuidado de forma integral e acolhedora. Outrossim, estabelece uma relação de consequência, afirmando que, ao se sentir violentada, essas pessoas irão acessar outras fontes de conhecimento - que não os científicos e técnicos, caracterizando uma busca empírica pelo conhecimento para evitar situações violentas.

> *E o que que eu imagino que aconteça quando essas pessoas chegam lá, elas sofrem a violência porque desconsideram a identidade de gênero dela. Tratam a identidade de gênero dela baseada no órgão sexual e acontece que tudo que se deveria saber sobre as especificidades dessa*

> *pessoa, são desconsideradas. Então não sei se esse profissional vai estar, realmente, promovendo saúde, nesse quesito, ou se ele só está sendo mais um agente de violência e afastando a pessoa do sistema de saúde, do serviço de saúde e fazendo com que a pessoa trans, simplesmente ache que é melhor pesquisar no Google do que ir no médico, porque pelo menos no Google, ela não sofre violência, ela não é invalidada, ou troca experiências com os amigos. Eu acho que esse é o acesso à saúde que as pessoas trans têm: empirismo (grupo LGBTQIA+).*

A lógica do "pelo menos", explana o olhar crítico e sensível sobre possíveis impactos excludentes do sistema de saúde ao negligenciar as especificidades desta população, tais como: o olhar clínico para as ações de cuidado relacionadas ao órgão sexual. Ao refletir sobre fatores que reforçam e perpetuam contextos violentadores, Bento (2014), afirma que a manutenção de situações em que a pessoa precisa ser lembrada de sua suposta inadequação ou condição extraordinária, obriga-lhe a depender da benevolência de terceiros para 'ajustar o sistema', ou seja, reforça o mecanismo da cidadania a conta-gotas em que ocorre a segregação das pessoas trans.

A preocupação, sobretudo no que compete à identificação do despreparo, da insegurança e das questões éticas que envolvem o cuidado a essa população, explana não apenas um olhar crítico para as habilidades e competências deste núcleo profissional, mas uma percepção ampla acerca do acesso à saúde LGBTQIA+. Esse processo é fruto da análise densa e articulada com o macro contexto atual, uma vez que, apesar dos desafios históricos na busca por direitos desta população, o cenário brasileiro tem sido marcado por uma onda reacionária e conservadora, resultando em retrocesso e agudização das iniquidades. Conforme Miskolci *et al.* (2022), no Brasil tem intensificado as tentativas de (re)patologização das pessoas LGBTQIA+, além de deslegitimação de suas necessidades em saúde.

Ao analisar a percepção dos discentes, identificam-se lacunas importantes relacionadas ao processo formativo cujos pilares são a cisgeneridade e a heterossexualidade, os quais resultam para o despreparo

no cuidado à população LGBTQIA+. Contudo, diante da preocupação com questões, como garantir o direito ao nome social e a identidade de gênero, manejar situações de violência, e garantir o acesso integral aos serviços de saúde, é possível reconhecer o comprometimento ético desses estudantes com a população LGBTQIA+.

"Eu não tenho experiência nisso, as únicas coisas que eu vejo são no Instagram"

Este tema se constrói a partir de três pilares que moldam a formação: o currículo formal, o currículo oculto e o currículo paralelo, conforme Galli (1989) e Rego (1994). O currículo formal corresponde à formação planejada e regulamentada. O currículo oculto reúne experiências e valores não previstos oficialmente, mas que marcam a trajetória dos estudantes. No entanto, o currículo paralelo envolve vivências extracurriculares que ampliam ou desviam o percurso previsto pela universidade.

Mesmo com a inclusão recente de aspectos relacionados à população LGBTQIA+ nas diretrizes da odontologia, a formação ainda apresenta lacunas significativas nesse cuidado (Hillenburg *et al.*,2016). Foi comum o relato que as pessoas participantes buscam na internet informações sobre como agir e acolher as especificidades de saúde LGBTQIA+. Essa prática permeia a formação dos discentes e se mostra como componente importante, pois muitos buscam em outras fontes e, por vezes, compartilham esse conhecimento com demais colegas do curso.

Há pouca evidência de debate em torno dos cuidados de saúde LGBTQIA+ na odontologia. Hillenburg *et al.* (2016), aponta que alguns cursos não apresentam conteúdo voltado para a população LGBTQIA+ e que há de interesse na inserção dessa temática nos currículos, tal realidade pode ser observada nos trechos: *"A gente não aprende isso direito, a gente aprende na*

marra atendendo paciente direto, a gente não aprende a como tratar paciente antes", e "O que eu tenho conhecimento não é nada, assim, vindo do currículo do meu curso" (grupo cisheterossexual). Aqui, fica evidente que a preparação para atender pessoas LGBTQIA+ muitas vezes acontece fora da sala de aula, no improviso e sem suporte institucional.

A ausência desses conteúdos na grade curricular reflete o distanciamento da odontologia em relação às ciências sociais, mantendo a formação centrada no aspecto biológico e nas demandas do mercado (Bara; Román, 2016).

A falta de conteúdos relacionados às questões de gênero e sexualidade demonstram uma formação centrada na manutenção de um "corpo educado" dentro dos moldes do biopoder e da cisheteronormatividade (Louro, 2018, Foucault, 2015). Isso se agrava diante do fato de que os poucos estudos da área da odontologia estão relacionados às infecções sexualmente transmissíveis Hillenburg *et al* (2016). A associação direta é fruto de discriminações pautada em estereótipos compartilhados socialmente e reproduzidos, se mostrando como uma barreira, conforme observa-se:

> *Só sobre o HIV que falavam que era mais comum em Gays. Só isso que eu lembro, eu não lembro de mais nada, assim, relacionado à LGBT durante a faculdade e, como eu falei, eu não lembrava nem se realmente a gente teve ou se eu li só numa apostila (Grupo cisheterossexual).*

> *O tradicional que é ligar o público Gay com o HIV em Paciente Especiais e a professora comentou da prevalência da AIDS em homens que são gays e, também, em travestis (Grupo cisheterossexual)*

Para além do currículo formal, identifica-se a existência de um currículo oculto expressado pelas distintas dinâmicas formativas que levam a construção de profissionais pouco sensíveis, tendo sua formação pautada em uma matriz cisheteronormativa (Larceda *et al*, 2002; Jardim, 2016). Essa afirmativa é baseada na falta de conteúdos, de espaços para discussão e sobretudo, de interesse, atitudes e comportamentos do corpo docente sobre a temática. O currículo

oculto também se expressa nas atitudes e discursos de docentes e colegas, como relatam: "*A gente não tem um preparo. Isso não é muito abordado na graduação. Por parte dos professores eu sinto que eles fingem que não existe questão LGBT*" e *"Tá, mas o que que é isso aí? É um menino, uma menina?" [...] A gente conhece alguns professores que costumam falar o que vem na telha. A gente não tem uma discussão aberta dentro de sala de aula" (grupo LGBTQIA+).*

As falas anteriores demonstram um despreparo que atravessa a formação dos docentes, trata-se de comportamentos discriminatórios por parte de professores e revela a reprodução de preconceitos de forma explícita ou velada, sendo um modo eliminação das contradições evidenciadas pelos corpos LGBTQIA+ e a naturalização da cisheteronormatividade (Faria, 2018). Os comportamentos e as atitudes dos atores envolvidos no processo de formação, repercutem para além da atuação dos futuros profissionais, mas também no acolhimento de estudantes LGBTQIA+ que se deparam com espaços reprodutores de violência, experimentando no ambiente formativo, diferentes formas de discriminação e preconceito, sendo frutos da constituição do currículo oculto. Uma estudante relembra como o preconceito marcou seu primeiro contato com o curso: "*Quando era caloura e eu entrei na recepção as pessoas abriram assim, parecia que tava todo mundo repelindo assim, por que quando eu entrei na recepção entrei de mão dada com uma menina e essa foi minha recepção de caloura" (grupo LGBTQIA+).*

Estudos em outros contextos acadêmicos, como o de Cheng e Yang (2015) com estudantes de medicina, mostram que esse tipo de currículo oculto contribui para reforçar uma cultura heterossexual masculina e sexista, ou cisheteronormativa, implicando na mitigação de oportunidades de aprendizado e autoestima de estudantes mulheres e LGBTQIA+.

As narrativas indicam que, quando existe interesse pessoal, os estudantes buscam complementar a formação de forma autônoma, seja em outros espaços da universidade, seja nas mídias sociais. Nesse sentido, vivencia-se o terceiro pilar, o currículo paralelo:

> *E na questão de se é relevante a identidade de gênero eu acredito que sim [...] só que eu não tenho experiência nenhuma nisso, não tive ainda na clínica. As únicas coisas que eu vejo às vezes é no Instagram (grupo cisheterossexual).*

> *Acho que no nosso currículo não há muito que englobe, quando a gente quer alguma coisa, a gente acaba recorrendo pro restante da UFSC para ter mais conhecimento. O que eu tenho conhecimento não é nada, assim, vindo do currículo do meu curso, é o que eu converso com amigos, o que me ensinam, o que me explicam. É uma coisa que eu fui atrás 'extracurricularmente' e acabei conhecendo. O que eu tenho de segurança é isso, assim, improvisos (grupo LGBTQIA+).*

Ressalta-se que a busca de formação complementar foi mencionada majoritariamente no grupo focal online com pessoas LGBTQIA+, ou seja, aquelas afetadas direta ou indiretamente por essa problemática. As falas expressaram a fragilidade da formação e demonstram que esse contexto ainda é baseado na matriz cisheteronormativa e que a ampliação dessa questão depende do interesse dos estudantes. Portanto, a formação acontece em um contexto complexo e que as vivências formativas, devem, portanto, serem plurais, e a formação complementar se mostrou como componente fundamental. Contudo, quando se trata de temáticas como o cuidado das populações vulneráveis, os currículos formais devem garantir formação para a sensibilização dos futuros profissionais, não sendo ofertada apenas diante do interesse dos acadêmicos na busca individual por esse conteúdo (Carletto; Santos, 2020, De Martino *et al.*, 2017).

As mídias sociais surgem como espaço de busca de informações e troca de experiências, embora nem sempre ofereçam conteúdos confiáveis ou aprofundados. Ainda assim, cumprem um papel importante para quem não encontra respaldo no currículo formal. Isso revela a fragilidade da formação além de estabelecer alerta importante, pois a internet demonstra diversas potencialidades, como a facilidade de acessar informações, encontrar diferentes conteúdos, comparar e ainda compartilhar. Porém, apresentam barreiras

relacionadas a credibilidade, qualidade, veracidade, informações equivocadas; a barreira do letramento, traduzida pela dificuldade de encontrar informações relevantes; e as barreiras emocionais, relacionadas à dificuldade na tomada de decisões, a partir das informações obtidas por conta de sentimentos de ansiedade, medo, desânimo entre outros (De Martino *et al*, 2017, Wang *et al.,* 2019*,* Brasileiro; Assucena; Colonese, 2023).

Assim, a invisibilização das minorias na formação em odontologia se mantém como um dos grandes obstáculos para a construção de um cuidado inclusivo. O currículo oculto aparece, nesse cenário, como uma alternativa valiosa, mas que não deveria substituir a responsabilidade institucional de formar profissionais preparados para a diversidade.

Ao percorrer esses três caminhos narrativos, percebemos que cada um deles revela não apenas lacunas e desafios, mas também a potência transformadora das experiências vividas pelos estudantes. Seja aprendendo além do currículo formal, diferenciando o verdadeiro acolhimento de uma aceitação superficial ou buscando alternativas de formação para além da universidade, essas vozes mostram que a formação em saúde é feita tanto de conteúdos e técnicas quanto de encontros, escutas e confrontos com a realidade. É nessa tensão entre o que se ensina e o que se vive que se constroem práticas mais sensíveis, capazes de reconhecer e responder à diversidade presente nos contextos de cuidado.

Reflexões para o presente e o futuro

As narrativas-focais revelaram a reflexão crítica dos estudantes sobre o cuidado odontológico para as pessoas LGBTQIA+, demonstrando a sua capacidade de transformar e enriquecer a experiência formativa, uma vez que enunciam modos e estratégias que podem mudar o presente, aumentando a percepção da realidade a partir das experiências indissociáveis à trama coletiva.

Enquanto profissionais de saúde, odontólogos devem ser capazes de problematizar a cisheteronormatividade para compreender que o usuário da política de saúde é plural, diverso e complexo, não sendo somente cisgênero e heterossexual. Sendo assim, dentre as formas de tornar o cuidado odontológico acolhedor para as pessoas LGBTQIA+, aponta-se a problematização da cisheteronormatividade durante a prática clínica, a partir de perguntas relacionadas à sexualidade e gênero que são desconfortáveis para pessoas inseridas no padrão cisheteronormativo, mas são fundamentais para LGBTQIA+ por proporcionar um espaço de visibilidade, onde a sua experiência pessoal é reconhecida e acolhida. Nesse sentido, o medo da discriminação é um dos fatores que afasta a população LGBTQIA+ dos serviços de saúde.

No que tange ao acolhimento das pessoas LGBTQIA+ nos serviços de saúde, com ênfase na atuação odontológica, reconhece-se a necessidade de acolhimento dessa população a partir de atuação profissional baseada no ensino-aprendizagem-vivência comprometida com valores humanizadores, inclusivos e integrais. Portanto, as narrativas-focais revelaram a necessidade da inclusão de disciplinas que discutam temáticas sensíveis à população LGBTQIA+ para que a instituição de ensino superior em odontologia cumpra com a formação de um profissional crítico e capaz de atuar compreendendo a realidade social, econômica e cultural, além de comprometer-se com a construção de saberes e de práticas assistenciais no âmbito do SUS.

Referências

ALONSO, Luciano da Silva. O modelo biomédico dos corpos brancos cisheteronormativos e as barreiras de acesso à saúde para os corpos desviantes. **Revista Estudos Libertários**, v. 4, n. 10, p. 49/65-49/65, 2022.

ASSUCENA, Bianca; COLONESE, Cristiane. Discutindo gênero e saúde na formação de residentes de um hospital universitário. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial 6 dez., p. 239-250, 1 jun. 2023.

BARA, Fransciso Esteban.; ROMÁN, Begoña. *¿Quo Vadis, Universidad?*. Barcelona: UOC,

2016.

BENJAMIN, Walter. Ensaios sobre a literatura e história da cultura: sobre o conceito da história. **Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense**, p. 222-232, 1987.

BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea,** v. 4, n. 1, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, 13 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Diário Oficial da União**, 1 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 17 jun. 2021.

BRASILEIRO, Fellipe Sá; ALMEIDA, Ana Margarida Pisco. Barreiras à informação em saúde nas mídias sociais. **RDBCI: revista digital de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 19, p. e021030, 2021.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Editora José Olympio, 2018.

BURY, Mike. Illness narratives: fact or fiction?. **Sociology of health & illness**, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.

CARLETTO, Amanda Firme; SANTOS, Felipe Fernandes dos. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 03, p. e300310, 2020.

CECCON, Roger Flores et al. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

CHENG, Ling-Fang; YANG, Hsing-Chen. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. **Medical education**, v. 49, n. 3, p. 321-331, 2015.

DE MARTINO, Ivan et al. Social media for patients: benefits and drawbacks. **Current reviews in musculoskeletal medicine**, v. 10, n. 1, p. 141-145, 201

FARIA, Mateus Aparecido. A luta é coletiva, mas a resistência é individual? violências vivenciadas e estratégias de enfrentamento construídas pela comunidade universitária de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras identidades. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 557-562, 2018.

FINKLER, Mirelle et al. Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares?. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 449-462, 2010.

FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; ANGELINI, Carina Fernanda Robles. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9957-e9957,

FOUCAULT, Michel. *A* **história da sexualidade 1: a vontade de saber**. São Paulo: Paz & Terra, 2015.

GALLI, A. Argentina: transformación curricular. **Educación Médica y Salud**, v. 23, n. 4, p. 344-353, 1989.

HILLENBURG, Kenneth L. et al. LGBT coverage in US dental schools and dental hygiene programs: results of a national survey. **Journal of dental education**, v. 80, n. 12, p. 1440-1449, 2016.

JARDIM, Juliana Gomes. Deveriam os estudos queer falar em cis-heteronormatividade? Reflexões a partir de uma pesquisa sobre performatividade de gênero nas artes marciais mistas femininas. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS DE GÊNERO, 2., 2016, Vitória. Anais [...]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2016. p. 21.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leoncio. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, p. 165-178, 2002.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Autêntica, 2018.

MISKOLCI, Richard et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, p. 3815-3824, 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1269-1286, 2011.

REGO, Sergio Tavares de Almeida. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão. 1994. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

RICOEUR, Paul. **Tempo e Narrativa II**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

SILVA, Lívia Karoline Morais et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 835-846, 2017.

VERGUEIRO, Viviane; GUZMÁN, Boris Ramírez. Colonialidade e Cis-normatividade: conversando com Viviane Vergueiro. **Iberoamérica Social: Revista-red de estudios sociales**, v. 2, n. 3, p. 15-21, 2014.

WANG, Yuxi. et al. Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. **Social Science & Medicine,** v. 240, 112552, 2019.

WARNER, Michael. **Fear of a queer planet: queer politics and social theory**. Minneapolis; London: University of Minnesota Press, 1994.

Capítulo 16

Desigualdades sociais no território: narrativas de profissionais sobre os sentidos atribuídos à prática na Atenção Primária à Saúde

Yasmim Fabris Colonetti
Fabiane Ferraz
Jacks Soratto
Cristiane Damiani Tomasi

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), é a principal porta de entrada dos usuários, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (Brasil, 2017). Sua capilaridade nos territórios e a proximidade com a vida cotidiana das populações permitem às equipes de saúde identificar necessidades locais, construir vínculos e intervir sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, a APS não é apenas um nível de atenção, mas um espaço privilegiado

de disputa simbólica e política sobre o que significa cuidar em contextos de desigualdade (Starfield, 2002; Ayres, 2009).

Entre as diretrizes que orientam a APS, a promoção da saúde assume papel central. Inspirada nos marcos internacionais da Carta de Ottawa (Brasil, 2001) e nas formulações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a promoção da saúde é compreendida como um processo social e político que busca ampliar a autonomia dos sujeitos, fortalecer a participação social e transformar as condições de vida, atuando sobre os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2018; Akerman; Mendes; Bógus, 2004). Trata-se, portanto, de uma estratégia que ultrapassa o campo biomédico e desafia as práticas tradicionais centradas na doença, convocando a articulação intersetorial, o engajamento comunitário e a produção de cuidado ampliado (Carvalho, 2016; Heidemann et al., 2024).

Entretanto, o Brasil permanece marcado por profundas desigualdades sociais em saúde. Tais desigualdades não são fenômenos naturais ou inevitáveis, resultam de processos históricos e estruturais que se expressam no acesso desigual a recursos, serviços e oportunidades. A literatura aponta que fatores como classe social, cor da pele, gênero, escolaridade e território produzem padrões sistemáticos de adoecimento e morte evitáveis, configurando o que Breilh (2015) denomina de *determinantes sociais críticos* do processo saúde-doença. Assim, populações negras, indígenas, periféricas, LGBTQIA+ e pessoas em situação de rua enfrentam múltiplas camadas de vulnerabilidade que comprometem seu direito à saúde (Barata, 2009; Costa et al., 2018; Rocha; Castaño, 2024).

No campo da Saúde Coletiva, há consenso de que a equidade deve orientar as políticas públicas e as práticas profissionais. Equidade, contudo, não significa oferecer o mesmo a todos, mas tratar desigualmente os desiguais, de acordo com suas necessidades específicas (Dahlgren; Whitehead, 1991). Esse princípio, ainda que normativamente presente no SUS, encontra obstáculos em sua efetivação no cotidiano da APS, onde predominam, por vezes, práticas

universalistas que invisibilizam diferenças e reforçam desigualdades (Malta et al., 2018; Lamy Alves, 2023).

É nesse ponto que a escuta das narrativas profissionais ganha relevância. Os discursos dos trabalhadores de saúde são mais do que descrições técnicas: constituem interpretações da realidade, expressam valores, afetos e formas de compreender o território e a própria prática (Riessman, 2008). Dar voz aos profissionais permite revelar tensões entre a norma e o vivido, entre a prescrição das políticas e os limites impostos pela realidade local. Elas evidenciam não apenas as desigualdades presentes, mas também as estratégias criadas para as enfrentar, que vão desde práticas inovadoras e criativas até sentimentos de impotência e frustração (Merhy, 2002; Campos, 2000).

Analisar *como os profissionais da APS narram as desigualdades sociais nos territórios* é um modo de adentrar um campo em que as políticas públicas encontram a prática cotidiana, onde o ideal normativo da equidade se confronta com limitações estruturais e onde emergem micropolíticas de cuidado que sustentam a produção de saúde mesmo em cenários adversos. Quando narram suas experiências, os trabalhadores não apenas descrevem situações concretas, mas elaboram sentidos, disputam significados e projetam horizontes de futuro. As narrativas revelam tanto as fragilidades institucionais que limitam a efetividade do SUS quanto a potência criativa de práticas que resistem e reinventam o cuidado.

Compreender as desigualdades sociais a partir das vozes dos profissionais da APS é também reconhecer o território como espaço de luta simbólica e política, onde se entrelaçam normas, saberes, afetos e práticas. O exercício analítico que se propõe neste capítulo não se restringe a identificar dificuldades ou listar carências, mas busca interpretar os modos pelos quais esses sujeitos produzem sentidos sobre a desigualdade, evidenciam tensões entre políticas e práticas e afirmam, mesmo nas brechas da precariedade, a esperança em um cuidado mais justo e equitativo.

Para tanto, delineamos um percurso metodológico capaz de captar essas vozes em sua riqueza de significados. A opção pela abordagem

qualitativa, ancorada na escuta atenta e na valorização das narrativas, permitiu que as experiências dos profissionais emergissem não como dados isolados, mas como histórias que articulam vivências pessoais, práticas institucionais e contextos sociais mais amplos. A seguir, detalha-se o caminho adotado para a construção desse estudo, desde a aproximação com o campo, passando pela coleta das entrevistas, até os procedimentos analíticos que possibilitaram transformar falas em categorias interpretativas.

Trajetória metodológica

A escolha metodológica deste estudo foi orientada pelo compromisso em compreender as experiências e sentidos produzidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) diante das desigualdades sociais. Tal opção reconhece que a realidade do cuidado não se traduz apenas em números ou indicadores, mas também em vozes, histórias e narrativas que expressam modos de perceber, agir e significar o cotidiano da saúde coletiva.

Optou-se, assim, por uma abordagem qualitativa, capaz de captar a complexidade dos fenômenos sociais e de valorizar o ponto de vista dos sujeitos. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2012), é particularmente potente para investigar processos, interações e significados, permitindo o mergulho em dimensões simbólicas que escapam às metodologias estritamente quantitativas.

Cenário do estudo

O campo escolhido foi a APS de um município de pequeno porte no sul de Santa Catarina. Esse cenário apresenta características próprias: comunidades de tamanho reduzido, equipes multiprofissionais com vínculos próximos aos

usuários e gestão municipal fortemente implicada no funcionamento do SUS local. Essa configuração favorece tanto o vínculo entre profissionais e população quanto a evidência de tensões relacionadas às desigualdades sociais, pois torna mais visível a distância entre o que está previsto nas políticas públicas e o que se concretiza no cotidiano dos serviços.

Participantes

Os interlocutores desta pesquisa foram profissionais de nível superior atuantes na APS, incluindo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A diversidade de formações e tempos de atuação permitiu reunir olhares múltiplos sobre o mesmo território, revelando tanto compreensões consolidadas ao longo de longas trajetórias no SUS quanto percepções de profissionais em início de carreira.

A seleção dos participantes incluiu profissionais atuantes na APS com formação superior e o exercício direto de funções na APS. No total, foram entrevistados 14 profissionais (7 enfermeiros, 5 médicos e 2 cirurgiões-dentistas), com tempo de atuação variando entre 9 meses e 34 anos. Essa pluralidade reforçou o caráter polifônico da análise, reunindo narrativas de sujeitos com diferentes trajetórias, experiências e modos de significar a prática do cuidado. A inclusão de participantes foi encerrada pelo critério de saturação teórica, isto é, quando os relatos passaram a apresentar recorrências que permitiam contemplar suficientemente os objetivos do estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas e presenciais, gravadas em áudio mediante consentimento dos

participantes. O roteiro de entrevista contemplou questões sobre percepções de promoção da saúde, experiências de articulação com políticas públicas, compreensão das desigualdades sociais e estratégias de enfrentamento no território.

As entrevistas, com duração entre 6 e 27 minutos, foram realizadas pela pesquisadora principal, com apoio da orientadora, em ambiente reservado nas unidades de saúde, garantindo privacidade e liberdade de expressão.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Parecer nº 7.471.670/2025) e contou com a autorização formal prévia da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o anonimato e a confidencialidade das informações.

Análise de dados

A análise das entrevistas foi realizada a partir da análise narrativa temática (Riessman, 2008), em que se parte da compreensão de o que é narrar não se limita apenas a descrever fatos, mas produzir sentidos sobre experiências, situando-as em contextos sociais, históricos e culturais. Desse modo, as falas dos profissionais foram tomadas como narrativas que revelam como as desigualdades sociais são vividas, interpretadas e ressignificadas no cotidiano da APS.

O percurso analítico desenvolveu-se em diferentes etapas. Inicialmente, as entrevistas foram transcritas com foco no conteúdo, preservando a lógica das falas e o estilo de cada narrador. Em seguida, identificaram-se unidades

narrativas, isto é, trechos em que os profissionais contavam episódios, situações ou percepções ligadas às desigualdades no território.

A partir dessas unidades, procedeu-se à codificação de temas centrais, considerando não apenas palavras recorrentes, mas imagens, metáforas e significados atribuídos pelos participantes. Dessa etapa emergiram cinco grandes eixos: *vulnerabilidade socioeconômica, desafios estruturais da APS, percepções sobre desigualdade, micropolíticas de cuidado e expectativas em relação à promoção da saúde*.

Na sequência, buscou-se reconhecer padrões de sentido, explorando pontos de convergência, de divergência e silenciamentos. Esses padrões não foram entendidos como meras diferenças individuais, mas como expressão de condições institucionais e culturais que atravessam a prática profissional. Os temas foram contextualizados nas dimensões sociais e políticas mais amplas, relacionando as narrativas com a literatura da Saúde Coletiva.

Resultados e Discussão

A análise narrativa temática possibilitou aproximar relatos pessoais e contextos institucionais, de forma a compreender como os profissionais constroem sentidos sobre a desigualdade social: em alguns momentos aparecendo como obstáculo que limita a prática; em outros, como terreno fértil para invenções e estratégias de cuidado.

Embora singulares, as narrativas são parte de uma tessitura coletiva, resultante do entrelaçamento de contradições, tensões e esperanças que atravessam o cotidiano da APS. Esse entrelaçamento revela que a experiência profissional é simultaneamente condicionada por limites estruturais — como a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho — e sustentada pela potência criativa do trabalho vivo em saúde. É a partir dessa ambiguidade que emergem os eixos analíticos apresentados a seguir.

Vulnerabilidades inscritas nos corpos

As narrativas dos profissionais situam a desigualdade como parte constitutiva do território, aparecendo de forma recorrente nas falas sobre pobreza, baixa escolaridade e desemprego.

> *"A minha área tem mais pessoas com vulnerabilidade social, são famílias com baixo poder aquisitivo." (P3 – Enfermeira)*

> *"Grande parte da população da minha área tem baixo nível de escolaridade." (P6 – Enfermeira)*

> *"O que mais vejo é a questão financeira, a falta de condições mesmo." (P2 – Enfermeira)*

Esses depoimentos mostram que a desigualdade não é apenas pano de fundo, mas atravessa diretamente a vida cotidiana e limita a adesão ao cuidado. Como apontam estudos, a pobreza condiciona desde a possibilidade de realizar exames até o seguimento de orientações básicas de saúde (Souza; Bilac, 2017; Rizky et al., 2024).

Ainda que a maioria das falas destaque a precariedade, algumas nuances surgem, revelando heterogeneidades internas ao território:

> *"Na minha área tem de tudo, gente com maior poder aquisitivo e outros com muita dificuldade." (P5 – Enfermeira)*

> *"Não vejo tanta desigualdade aqui, acho que é mais homogêneo." (P11 – Médico)*

Esse contraste mostra que a desigualdade não é homogênea e pode ser percebida de formas distintas, dependendo da posição do profissional e da área em que atua.

Os efeitos da vulnerabilidade se materializam no corpo: doenças crônicas não tratadas, sofrimento mental, morte precoce e, de forma particularmente visível, a saúde bucal.

> *"Muitos deixam de fazer o acompanhamento porque não têm dinheiro nem para a condução, quem dirá para os cuidados diários." (P13 – Cirurgião Dentista)*

> *"A gente percebe que a pobreza se reflete na boca, as pessoas chegam já com perda de dentes muito cedo." (P14 –Cirurgião Dentista)*

A saúde bucal, nesse sentido, torna-se metáfora da exclusão: marcas permanentes que afetam autoestima, nutrição e inserção social. A literatura corrobora essa leitura, apontando que as desigualdades em saúde bucal são cumulativas, irreversíveis e concentram-se nos grupos mais vulneráveis (Silva Junior et al., 2019; Thomson 2012).

A análise das falas revela um silêncio importante: poucos profissionais mencionaram raça ou gênero como determinantes, ainda que sejam dimensões centrais na produção das desigualdades em saúde no Brasil. Pesquisas mostram que determinantes sociais adversos explicam diferenças significativas em sintomas de depressão entre brancos e negros (Kalin, 2023) e que o racismo estrutural está na base das iniquidades em mortalidade e acesso em saúde (Brandt, 2023, Furlaneto et al., 2025). A ausência desses marcadores nas narrativas sugere uma invisibilidade seletiva, que naturaliza desigualdades e dificulta a construção de práticas mais sensíveis às interseccionalidades. Como alerta a literatura, quando categorias como raça e gênero não são reconhecidas como construções sociais e políticas, corre-se o risco de reduzi-las a determinismos naturalizados (Gilbert; Millyard, 2021).

Embora os determinantes estruturais como pobreza e escolaridade sejam reconhecidos, raça e gênero permanecem como pontos cegos. Esse silêncio indica uma invisibilidade seletiva que compromete a construção de práticas de saúde mais sensíveis às desigualdades.

No campo das políticas públicas, evidencia-se a urgência de políticas afirmativas e interseccionais capazes de enfrentar o racismo estrutural, a desigualdade de gênero e as múltiplas vulnerabilidades. Políticas que se ampliem para além de programas de transferência de renda e reformas educacionais. A literatura aponta, ainda, para a necessidade de maior diálogo com as ciências sociais, frequentemente subutilizadas nos ambientes clínicos (Johnson et al., 2022). Essa lacuna epistemológica contribui para a fragmentação do debate e para a persistência de silêncios institucionais.

Este eixo destaca que as desigualdades sociais se inscrevem nos corpos e trajetórias de vida, configurando um ciclo de vulnerabilidade que vai além do acesso a serviços e envolve condições estruturais de existência. É fundamental o reconhecimento dessas múltiplas camadas, inclusive as silenciadas, para avançar em direção à equidade (Breilh, 2015; Barata, 2009).

Criatividade para (r)existir

A capacidade de inventar e reinventar é, muitas vezes, promovida pelas próprias carências vivenciadas na prática. Neste eixo, narra-se para além de tais carências, amplia-se para a capacidade inventiva dos profissionais no cotidiano: improvisar materiais, reorganizar fluxos de atendimento, mobilizar vínculos comunitários e ampliar funções como caminhos para sustentar o SUS vivo no território.

> *"Mais os desafios relacionados ao SUS, limitações, falta de verbas." (P7 – Médica)*

> *"O problema é a falta de profissionais, sobrecarrega quem está na ponta." (P1 – Médico)*

> *"Às vezes temos que improvisar porque não temos o material adequado." (P4 – Enfermeira)*

Ainda que essa precariedade seja reconhecida, alguns profissionais relativizam, destacando experiências locais mais favoráveis ou soluções criativas:

"A estrutura aqui até que é boa, não temos tanta dificuldade quanto em outras cidades." (P9 – Médico)

"Apesar da falta de recursos, conseguimos resolver bastante coisa com criatividade." (P10 – Médico)

A literatura reforça que a escassez é fruto do subfinanciamento crônico da APS, agravado por transferências intergovernamentais desiguais e parâmetros pouco claros de alocação de recursos (Silva, 2017; Almeida, 2018). Essa condição reorganiza o trabalho e demanda das equipes priorizar, improvisar e negociar a cada encontro com os usuários. É nesse terreno adverso que se evidenciam as micropolíticas do cuidado como práticas inventivas que transformam limites em possibilidades. O improviso, ao adaptar espaços, reorganizar agendas ou criar novas formas de acompanhamento, deixa de ser apenas resposta à falta e se converte em potência (Merhy, 2002).

A resistência cotidiana das equipes se expressa em múltiplas estratégias criativas. Profissionais relatam a apropriação do território e dos saberes locais, em especial pelos ACS, que ajustam o cuidado às singularidades das comunidades. Também mencionam a ampliação das funções dos ACS, que, para além das atribuições formais, tornam-se educadores em saúde, mediadores de conflitos e apoiadores psicossociais, atuando como pontes entre serviços e usuários (Romagnoli; Samudio, 2017). Soma-se ainda o uso de práticas integrativas e complementares (PICs), como fitoterapia, auriculoterapia e rodas de conversa, que ampliam a visão do cuidado e fortalecem vínculos comunitários (Romagnoli; Samudio, 2017). O matriciamento e apoio interdisciplinar, anteriormente potencializados pelos NASF-AB, que, mesmo após a retirada do financiamento federal, seguem sendo preservados em alguns municípios por sua relevância estratégica (Mendonça et al., 2023).

As práticas demonstram que a resistência não se limita a sobreviver ao caos, mas se afirma à medida que produz saúde de modo inventivo, ampliando possibilidades mesmo em contextos adversos. Porém, há que se notar a oscilação entre invenção e frustração. Se de um lado há satisfação por ver práticas criativas funcionando e fortalecendo vínculos, por outro, sentimentos de impotência diante da ausência de insumos básicos, das filas e da sobrecarga. E é nessa tensão que se revela o trabalho em saúde se construído no limite entre a precariedade e a potência, confirmando que o processo de cuidado é contraditório e atravessado por disputas (Campos, 2000). A coexistência dessas narrativas mostra a APS como espaço de sofrimento e desgaste e, também, de invenção e resistência coletiva.

O enfrentamento cotidiano dos desafios, a resolução de problemas e a invenção de soluções, fomentam a construção de um aprendizado situado, que vai além do treinamento formal e se inscreve no fazer diário (Rodrigues et al., 2021). A criatividade para (r)existir não fica circunscrita a uma resposta pontual à falta de recursos, expressa a vitalidade da micropolítica do cuidado. É justamente nela e a partir dela que o SUS se reinventa, resiste e afirma novas formas de produzir saúde no território.

Para o fim da desigualdade não tem prescrição

As falas dos profissionais mostram clareza de que a desigualdade impacta diretamente a adesão dos usuários, evidenciando que o cuidado não se sustenta apenas na entrega da receita ou na aplicação de protocolos.

> *"A desigualdade influencia muito, dificulta a adesão às orientações." (P8 – Enfermeira)*

> *"Quando a pessoa não tem condições mínimas, não adianta só dar a receita." (P12 – Enfermeira)*

Esse reconhecimento reforça que a adesão não depende apenas do comportamento individual, mas de condições concretas de vida. Custos com transporte, exames e medicamentos, assim como a perda de dias de trabalho, tornam-se barreiras significativas (Tang, 2024). A baixa escolaridade e o letramento em saúde também limitam a compreensão das orientações, gerando erros e abandono de tratamentos (Tang, 2024). Quando fatores de classe e raça atravessam a relação terapêutica, surgem ainda estigmas que associam, de modo estereotipado, pacientes pobres ou negros à "falta de adesão", independentemente de seu comportamento real (Lutfey; Ketcham, 2005).

As desigualdades geográficas reforçam esse quadro: territórios periféricos enfrentam maior precariedade na infraestrutura de saúde, dificultando a continuidade do cuidado (Tang, 2024). De modo mais amplo, a própria desigualdade de renda, independentemente da renda individual, está associada a piores indicadores de saúde e menor adesão ao tratamento (Wildman, 2003). Nessas condições, a prescrição médica perde eficácia quando não há condições mínimas para que seja seguida.

Apesar desse reconhecimento, as narrativas revelam divergências quanto à efetividade das políticas públicas.

> *"Acho que melhorou, hoje temos mais acesso, mais informação." (P6 – Enfermeira)*

> *"Acho que não. Pensando em desigualdade social, não mudou." (P11 – Médico)*

O hiato entre o prescrito e o vivido reforça que o cuidado em saúde é atravessado por tensões entre normas universais e contextos locais (Ayres, 2009). A expansão da rede pública contribuiu para a redução de mortalidade evitável, mas o subfinanciamento crônico e a distribuição desigual dos recursos fragilizam sua sustentabilidade (Barbosa; Fagnani, 2020). A pandemia de COVID-19 expôs de forma dramática essas fragilidades, ao evidenciar a ausência de coordenação

federal e a politização de medidas sanitárias, o que resultou em respostas díspares e comprometeu a efetividade (Touchton et al., 2021). Experiências como o enfrentamento ao Zika também mostraram limites de ações restritas ao setor saúde, em que se prioriza o controle vetorial e negligencia determinantes estruturais, como o saneamento (Silva et al., 2020). Mesmo políticas bem estruturadas, como aquelas voltadas aos idosos, esbarram em desigualdades regionais e falhas de implementação, demonstrando que a existência de normas não garante efetividade sem monitoramento e equidade (Nascimento, 2024).

O discurso dos profissionais, contudo, pouco menciona a necessidade de ações intersetoriais, mesmo quando os problemas apontados ultrapassam claramente o setor saúde. Essa ausência ecoa limites institucionais mais amplos, estratégias como a "*Health in All Policies*", ainda que defendidas em âmbito internacional, carecem de modelos viáveis e indicadores robustos para sua efetivação (Greaves; Bialystok, 2011). No Brasil, a intersetorialidade permanece frágil e pouco avaliada, concentrada em parcerias pontuais, sobretudo com a educação, sem articulação consistente com setores centrais como finanças, saneamento e trabalho (Garcia et al., 2021; Fisher et al., 2017).

As narrativas reforçam que não há prescrição capaz de resolver a desigualdade quando persistem barreiras materiais e estruturais. A adesão ao cuidado depende de condições de vida e de políticas públicas robustas, capazes de enfrentar desigualdades históricas e de articular ações intersetoriais. O silêncio sobre esses aspectos nas falas analisadas revela um limite da própria prática, ainda centrada na clínica e pouco conectada com as dimensões estruturais do processo saúde-doença.

Singularidades que não cabem em protocolos

As práticas criativas escapam à rigidez normativa e evidenciam como o cuidado se constrói no encontro singular entre profissionais e usuários. Estratégias

simples, mas que produzem impacto, aparecem como recursos cotidianos para ampliar a comunicação, fortalecer vínculos e garantir maior adesão:

> *"Na conversa no WhatsApp mesmo, com alguns pacientes, a gente conseguiu organizar melhor o acompanhamento." (P9 – Médico)*

> *"Começamos a usar etiquetas nos remédios para ajudar os idosos a entenderem." (P2 – Enfermeira)*

Essas invenções, ainda que pequenas, expressam a vitalidade da micropolítica do trabalho em saúde, pois demonstram que o cuidado ultrapassa o âmbito técnico e se reinventa no território (Merhy, 2002).

No entanto, há também falas que evidenciam apego à normatividade e à padronização como forma de organizar a prática:

> *"Eu sigo mais o protocolo, não invento muito." (P7 – Médica)*

> *"Cada um faz do seu jeito, mas acho que isso mostra que não temos um padrão." (P10 – Médico)*

Essa tensão ilustra o contraponto entre invenção singular e padronização protocolar. Protocolos são importantes para garantir segurança, reduzir erros e orientar práticas baseadas em evidências (Sinsky et al., 2021). Contudo, seu uso rígido tende a burocratizar o cuidado, limitar a autonomia profissional e desconsiderar a diversidade de contextos e sujeitos (Berg, 1997). Na prática, protocolos e invenções locais não se excluem, atuam em complementaridade, com as normas funcionando como balizadores gerais e as micropolíticas como tradução concreta dessas diretrizes em ações situadas (Greenfield et al., 2017; Mannion; Exworthy, 2017).

O risco é quando soluções criativas permanecem isoladas e pouco sistematizadas. A ausência de mecanismos de registro e apoio institucional faz com que práticas bem-sucedidas dificilmente sejam ampliadas ou replicadas, ficando restritas ao voluntarismo de determinados profissionais

(Gregory, 1997). Além disso, a ênfase em soluções individuais pode mascarar falhas estruturais, transferindo para os trabalhadores a responsabilidade por problemas coletivos (Tomori et al., 2022).

No contexto das micropolíticas do cuidado, outro aspecto importante a ser notado é o silêncio sobre a participação comunitária e o controle social. Nenhum dos relatos mencionou conselhos de saúde ou instâncias de participação, o que indica a permanência de uma lógica centrada no setor saúde. Estudos mostram que os conselhos ainda operam de forma isolada, com fragilidades representativas e baixo reconhecimento de sua relevância (Zambon; Ogata, 2013; Cenedesi Júnior et al., 2024). A cultura da não participação persiste tanto entre profissionais quanto na população, reduzindo o potencial de corresponsabilização e sustentação das práticas (Santos et al., 2011).

As narrativas sobre invenções singulares revelam tanto a potência criativa das equipes quanto os limites impostos pela ausência de institucionalização e de participação comunitária. O desafio é transformar soluções locais em práticas sustentáveis, capazes de dialogar com protocolos sem se submeter à sua rigidez, e de se articular com redes ampliadas de proteção social.

Um caminho em permanente construção

As projeções de futuro feitas pelos profissionais revelam um horizonte ambíguo, atravessado por esperança e ceticismo.

> *"Eu queria que realmente fosse efetivo, que fosse de verdade, que tivesse adesão." (P5 – Enfermeira)*

> *"Espero que tenhamos mais recursos, que a comunidade participe mais." (P3 – Enfermeira)*

> *"Não acredito que vá mudar, sempre vai ter desigualdade." (P11 – Médico)*

> *"Se houver investimento, dá para melhorar muito." (P6 – Enfermeira)*

De um lado, emergem expectativas relacionadas à maior disponibilidade de recursos e ao engajamento comunitário. Incentivos financeiros são vistos como propulsores para o fortalecimento das ações, mas a literatura mostra que, além dos recursos materiais, são fundamentais elementos intangíveis, como confiança, redes de solidariedade e pertencimento coletivo, que são parte da "infraestrutura suave", essencial para a sustentabilidade de práticas locais (Johansson et al., 2009; Kavanagh et al., 2022). Experiências internacionais demonstram que o reinvestimento comunitário, quando presente, gera maior corresponsabilidade e adesão, funcionando como indicador de legitimidade e sustentabilidade (Johansson et al., 2009).

Em contraponto, existem falas que revelam descrença na capacidade das políticas públicas de enfrentar desigualdades persistentes. O ceticismo se relaciona às fragilidades já apontadas: subfinanciamento, sobrecarga das equipes e ausência de articulação intersetorial. Poucas falas projetam transformações estruturais, reforçando que a esperança permanece ancorada em soluções incrementais, mais do que em mudanças profundas. A literatura mostra que a promoção da saúde frequentemente carece de institucionalização robusta, de indicadores comuns e de apoio político contínuo para se consolidar (Nahar, 2012; Greaves; Bialystok, 2011; Amri et al., 2022).

Esse futuro ambíguo ecoa o que autores já caracterizaram como condição própria da promoção da saúde: um campo de disputa contínua entre diferentes racionalidades — biomédica e social, normativa e inventiva — que raramente se estabiliza (Duncan, 2004; Jackson, 2011). A retórica do empoderamento, por exemplo, convive com práticas de controle técnico e gerencial, revelando tensões permanentes entre autonomia e tutela (Grace, 1991). Ao mesmo tempo, a flexibilidade e a ausência de protocolos rígidos permitem adaptações criativas, mas também alimentam críticas à fragilidade teórica do campo (Beattie, 2002; Sparks, 2018).

As projeções de futuro feitas pelos profissionais reafirmam a promoção da saúde como um caminho em permanente construção: campo

vivo, contraditório e em disputa. Entre avanços normativos e entraves institucionais, entre esperanças e frustrações, a promoção da saúde se reinventa continuamente no encontro entre sujeitos, territórios e políticas. Reconhecer essa condição não é sinal de fragilidade, mas de vitalidade, pois é ela que mantém aberto o horizonte da equidade como um projeto sempre em disputa e nunca totalmente concluído.

Considerações finais

As narrativas dos profissionais da APS revelam que a desigualdade social atravessa de forma incontornável o cotidiano do trabalho em saúde. Essas desigualdades são percebidas, sobretudo, no campo econômico, traduzidas em pobreza, fome, desemprego, dificuldade de acesso e condições materiais precárias. Ainda assim, permanecem silenciadas dimensões estruturais igualmente relevantes, como raça e gênero, que seguem invisíveis nas falas, ainda que fortemente relacionadas à produção da iniquidade em saúde no Brasil.

A saúde bucal aparece como reflexo imediato da pobreza, evidenciando como a desigualdade se inscreve nos corpos e compromete a dignidade e a qualidade de vida. Essa perspectiva amplia a compreensão da desigualdade como fenômeno multidimensional e reafirma a importância da integralidade do cuidado.

Concomitantemente aos limites estruturais, emergem práticas inventivas que sustentam o SUS nos territórios: reorganização de fluxos, uso de ferramentas simples, estratégias educativas e ampliação das funções dos ACS. Essas experiências demonstram a potência do trabalho vivo em ato e revelam como a micropolítica do cuidado transforma a precariedade em possibilidade. Contudo, a falta de apoio institucional e a ausência de articulação intersetorial mantêm essas inovações restritas ao voluntarismo das equipes.

As projeções de futuro trazem uma ambivalência significativa, se por um lado expressam esperança em maior efetividade e adesão das ações

de promoção da saúde, por outro revelam descrença diante da persistência das desigualdades e da fragilidade institucional. Essa ambivalência reafirma que a promoção da saúde é um campo de disputa entre avanços normativos e entraves concretos, tensionado entre o ideal e o vivido.

Reconhecer essas narrativas como tecitura coletiva permite compreender que a experiência profissional na APS não se reduz a diagnósticos técnicos ou protocolos de intervenção, mas envolve sentidos construídos no encontro entre sujeitos, políticas e territórios. A reflexão crítica sobre as práticas e aponta para a necessidade de: a) fortalecer políticas intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais da saúde de forma mais abrangente; b) dar visibilidade a dimensões silenciadas da desigualdade, como raça e gênero; c) valorizar e apoiar as invenções locais, garantindo condições institucionais para que se consolidem e se multipliquem.

O cuidado em territórios marcados por desigualdades é tecido simultaneamente por limites estruturais e potência criativa. Escutá-las e reconhecê-las é condição indispensável para pensar um SUS mais justo, equitativo e capaz de responder às complexidades da vida cotidiana.

Referências

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 605–615, 2004

ALMEIDA, Patty Fidelis de. Primary health care in Brazil and the 40 years of Alma-Ata: acknowledging the challenges in order to move forward. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00136118, 2018.

AMRI, Michelle; CHATUR, Ali; O'CAMPO, Patricia. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. **Social Science & Medicine**, v. 315, p. 115469, 2022.

AYRES, José Ricardo C. M. Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde: cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: **CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO**, 2009. 1. ed.

BARATA, R. B. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?** In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 73-94.

BARBOSA, Rafael da Silva; FAGNANI, Eduardo. The unified health system of Brazil and the effectiveness of health services. **Journal of Public Health**, v. 30, n. 5, p. 1273-1283, 2022.

BEATTIE, Alan. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. In: **The sociology of the health service**. Routledge, 2002. p. 172-212.

BRANDT, Eric J. Social determinants of racial health inequities. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 6, p. e396-e397, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Carta de Ottawa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS**). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito, política e reflexividade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

CEDENESE JÚNIOR, Mario Angelo et al. The challenges in rebuilding a quality public health in Brazil. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, v. 22, n. 2, p. e3219-e3219, 2024.

COSTA, Marco Aurélio *et al.* **Vulnerabilidade social no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2018.

DA SILVA SANTOS, Cibelle Cristina; DE BASTOS, Raquel Littério. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 266-273, 2011.

DALHGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret**. Policies and strategies to promote social equity in health**. Copenhagen: WHO, 1991.

DUNCAN, Peter. Dispute, dissent and the place of health promotion in a "disrupted tradition" of health improvement. **Public understanding of science**, v. 13, n. 2, p. 177-190, 2004.

FISHER, Matthew et al. Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy. **Health Promotion International**, v. 32, n. 6, p. 953-963, 2017.

FURLANETO, Luiz Felipe Búrigo et al. Influence of the patient's skin color on the choice of dental treatment for caries. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 24, p. e254906, 2025.

GARCIA, Leandro Martin Totaro et al. Intersectorality in health in Brazil at the beginning of the XXI century: a portrait of experiences. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 966-980, 2014.

GILBERT, Cyndi; MILLYARD, Arlie. Putting Risk Factors in Context: an Anti-Oppression Approach. **CAND Journal**, v. 28, n. 1, p. 25-31, 2021.

GRACE, Victoria M. The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion. **International Journal of health services**, v. 21, n. 2, p. 329-343, 1991.

GREAVES, Lorraine J.; BIALYSTOK, Lauren R. Health in All Policies—all talk and little action?. **Canadian Journal of Public Health**, v. 102, n. 6, p. 407-409, 2011.

GREENFIELD, David; ELJIZ, Kathy; BUTLER-HENDERSON, Kerryn. It Takes Two to Tango: Customization and Standardization as Colluding Logics in Healthcare: Comment on"(Re) Making the Procrustean Bed Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare". **International Journal of Health Policy and Management**, v. 7, n. 2, p. 183, 2017.

GREGORY, ROBERT J. The limits to health care and rehabilitation. **Journal of Health and Human Services Administration**, p. 361-369, 1997.

HEIDEMANN, Iara Teresinha Buriol et al. Culture circle in primary care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, 2024.

JACKSON, Suzanne F. Mainstreaming health promotion. **Global health promotion**, v. 18, n. 2, p. 03-4, 2011.

JOHANSSON, Pia M. et al. Participation, resource mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden. **Health promotion international**, v. 24, n. 2, p. 177-184, 2009.

JOHNSON, Sydney et al. Does the evidence base on social determinants of health cross disciplinary boundaries? A review of reviews. **World Medical & Health Policy**, v. 15, n. 2, p. 194-206, 2023.

KALIN, Ned H. From Postmortem Molecular Studies to Social Determinants of Health Relevant to Racial and Ethnic Disparities. **American Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 7, p. 459-461, 2023.

KAVANAGH, Shane A. et al. Soft infrastructure: the critical community-level resources reportedly needed for program success. **BMC public health**, v. 22, n. 1, p. 420, 2022.

LAMY, Marcelo; ALVES, Sandra Mara Campos. Iniquidades em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3, p. 180–192, 2023.

LUTFEY, Karen E.; KETCHAM, Jonathan D. Patient and provider assessments of adherence and the sources of disparities: evidence from diabetes care. **Health services research**, v. 40, n. 6p1, p. 1803-1817, 2005.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799–1809, 2018.

MANNION, Russell; EXWORTHY, Mark. (Re) making the procrustean bed? Standardization and customization as competing logics in healthcare. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 6, n. 6, p. 301, 2017.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al. Changes in the primary care policy and the (un) sustainability of the Family Health Strategy. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 13-30, 2023.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NAHAR, Vinayak Kumar. Health Promotion Across the World: Challenges and Future. **Indian Journal of Public Health Research & Development**, v. 3, n. 4, p. 236-240, 2012.

NASCIMENTO, Luzimere Pires do. Saúde do idoso: Políticas públicas para saúde do idoso. **ARACÊ**, v. 6, n. 3, p. 9251-9261, 2024.

RIESSMAN, Catherine Kohler. **Narrative methods for the human sciences**. Sage, 2008.

RIZKY, Muhammad Dhiya; LUBIS, Satia Negara; KESUMA, Sinar Indra. Economic Growth, Poverty, Unemployment, and the Human Development Index (HDI) in Mitigating Socio-economic Disparities in North Sumatra (2019-2023): An Econometric Case Study. **South Asian Journal of Social Studies and Economics**, v. 21, n. 12, p. 302-311, 2024.

ROCHA, Vera; VITOLA CASTAÑO, Lorena. Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde. In: **Direitos humanos, diversidade e formação superior: diálogos entre educação e saúde**. 2024. p. 344-344.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; SAMUDIO, Jania Lurdes Pires. Tensions and challenges between community health agents and their teams. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 4, p. 13-13, 2017.

SILVA JUNIOR, Manoelito Ferreira; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; BATISTA, Marilia Jesus. Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. **Brazilian oral research**, v. 33, p. e102, 2019.

SILVA, Heverton Valentim Colaço da et al. Zika virus in Brazil: an overview of public health policies. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4597-e4597, 2020.

SILVA, Ivanise Brito da. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, 2017.

SINSKY, Christine A. et al. Standardization vs customization: finding the right balance. **The Annals of Family Medicine**, v. 19, n. 2, p. 171-177, 2021.

SOUZA, Satila Evely Figuereido de; BILAC, Doriane Braga Nunes. Pobreza e desigualdade social: uma revisão integrativa no período de 2015 e 2016. **Multidebates**, v. 1, n. 2, p. 71-78, 2017.

SPARKS, Michael. Keeping up with change—Challenges for the health promotion field. **Health Promotion International**, v. 33, n. 3, p. 373-377, 2018.

STARFIELD, Barbara**. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TANG, Luxian. The Impact of Inequality in Socioeconomic Status on Healthcare Services Utilization. **Journal of education, humanities and social sciences**, v. 28, p. 455–458, 2024.

THOMSON, William M. Social inequality in oral health. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 40, p. 28-32, 2012.

TOMORI, Cecília et al. Where is the "public" in American public health? Moving from individual responsibility to collective action. **EClinicalMedicine**, v. 45, 2022.

WILDMAN, John. Modelling health, income and income inequality: the impact of income inequality on health and health inequality. **Journal of Health Economics**, v. 22, n. 4, p. 521-538, 2003.

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 921-927, 2013.

Capítulo 17

Implementação da medicina narrativa interprofissional: viabilidade de programas/ projetos de extensão na formação médica

Lays Fernanda Nunes Dourado
Delba Fonseca Santos

Introdução

O campo da medicina narrativa surgiu no final do século XX e está associado às publicações Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice e Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness (LAUNER; WOHLMANN, 2023; SAMUEL, 1999). É um ramo das humanidades que proporciona ensino e aprendizagem de habilidades por meio dos significados associados às narrativas orais, escritas, visuais ou reais. Os estudantes trabalham em pequenos grupos para: 1) interagir com trabalhos criativos, desenvolvendo habilidades de atenção; 2) escrever reflexivamente para descobrir e examinar narrativas pessoais; e 3) compartilhar narrativas

com outras pessoas, promovendo a construção de relacionamentos (CHARON, 2001; GOWDA *et al.*, 2019) e pode ser uma abordagem inovadora para a implementação da extensão curricular.

A prática médica deve estar conectada às necessidades sociais, por isso, é fundamental que o estudante passe pela aprendizagem interprofissional (AI). Essa abordagem surge da interação entre membros de duas ou mais profissões e é cada vez mais reconhecida como um componente crítico na educação de estudantes e profissionais de saúde. Ela pode ser desenvolvida por meio da educação interprofissional (EIP) durante as interações em ambientes educacionais ou de prática clínica (PAHO, 2025; WHO, 2010). Estudantes de diferentes profissões trabalham juntos com o objetivo de melhorar os desfechos em saúde por meio de experiências educacionais compartilhadas (DIGGELE, VAN *et al.*, 2020; DIGGELE, VAN; ROBERTS; HAQ, 2021).

O compromisso e o engajamento com a realidade social, têm como um dos marcos documentais as Diretrizes Curriculares Nacionais, de 2001, dos cursos superiores da área de saúde que estabeleceram a formação de profissionais orientada para o cuidado e a assistência dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). Os saberes e práticas no campo da saúde mantêm interface com as ciências humanas, pois versam sobre inúmeras dimensões humanas. Compreender essa conexão permite reconhecer a capacidade do estudante de pensar em soluções apropriadas no que se refere à prática médica (KUMAGAI, 2014; KUMAGAI; LYPSON, 2009).

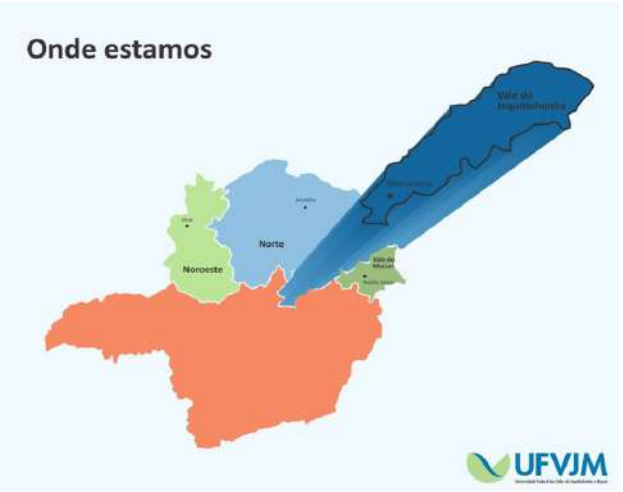
Oferece-se, então, a curricularização da extensão como um processo acadêmico voltado para a implementação da consciência, compromisso e atitudes para mudar a realidade social (GADOTTI M., 2021). No Brasil, a curricularização da extensão universitária é um desafio, mas proporciona o repensar do currículo, as concepções e práticas extensionistas, uso de metodologias ativas pautadas na reflexão das experiências vividas e o papel da universidade na sociedade (ALMEIDA; BARBOSA, 2019). A inserção da narrativa médica interprofissional poderá se destacar como eixo para as

mudanças que incluem atividades acadêmicas da curricularização da extensão (GOULART *et al.*, 2020). Reeves *et al.* (2016) afirmam a importância do apoio institucional para a implementação da EIP e a inclusão de experiências interprofissionais que reflitam a prática atual ou futura dos estudantes.

No Brasil, há experiência na formação de estudantes e professores visando mudanças na prestação dos serviços para a comunidade. Essas experiências são imbuídas de novas concepções teóricas e metodológicas, tais como Metodologia da Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), Sala de Aula Invertida e o Team Based Learning (TBL) (ASSUNÇÃO, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2022).

A Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha (UFVJM) possui ações que atingem mais de 3 milhões de pessoas no Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Noroeste e Norte de Minas Gerais (Figura 01). A universidade possui unidades acadêmicas com potencial para desenvolver iniciativas em medicina narrativas interprofissional, como a Faculdade de Medicina, Ciências Biológicas e da Saúde e o Instituto Interdisciplinar em Humanidades (UFVJM, 2024).

Figura 1. Inserção territorial da UFVJM nas macrorregiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha e Mucuri de Minas Gerais.



Fonte: UFVJM, 2025.

Diante disso, realça-se a necessidade de compreender como a medicina narrativa interprofissional pode contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades nos estudantes de medicina, visando à implementação efetiva da curricularização da extensão.

Nesse cenário, o presente trabalho tem como objetivo analisar o potencial da medicina narrativa interprofissional como estratégia metodológica para integração entre ensino, serviço e comunidade, a partir da articulação entre o curso de medicina e outras unidades acadêmicas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Busca-se, assim, identificar caminhos possíveis para a inserção qualificada dessa abordagem nas práticas pedagógicas e extensionistas, promovendo a formação crítica, empática e comprometida com as realidades do território.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza qualitativa, que tem como fonte de dados a literatura científica, Diretrizes Nacionais da formação médica (BRASIL, 2014) e documentos institucionais vinculados às ações da Pró-Reitoria de Ensino (PROGRAD), Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEX) e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da UFVJM. A investigação baseia-se também na análise do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina (FAMED-UFVJM, 2024), visando compreender de que forma a estrutura curricular vigente pode contribuir para o desenvolvimento de propostas integradas.

O estudo contempla ainda o contexto territorial do Vale do Jequitinhonha, localizado no nordeste de Minas Gerais, região caracterizada por expressiva diversidade cultural e por desafios estruturais relacionados ao acesso à saúde, educação e infraestrutura (TROJBICZ, 2025). A atuação da UFVJM, por meio de ações integradas de ensino, pesquisa e extensão,

tem possibilitado o desenvolvimento de projetos comprometidos com a transformação social e a valorização da cultura local (CARINE RIBEIRO; CARLETTE THIENGO, 2023; LOPES, P.; NIQUINI, 2021; MORENA CARVALHO DE ALMEIDA *et al.*, 2024).

É importante destacar que a UFVJM é uma instituição pública federal sediada em Diamantina, Minas Gerais, com campus em Teófilo Otoni, Janaúba e Unaí. Criada em 1953 como Faculdade de Odontologia, foi federalizada em 1960 e transformada em universidade em 2005. Atualmente, conta com 11 unidades acadêmicas que abrangem diversas áreas do conhecimento, como ciências agrárias, biológicas, exatas, sociais aplicadas, engenharias, saúde e humanidades (UFVJM, 2025b). A UFVJM desempenha um papel fundamental na promoção do ensino superior, da pesquisa científica e da extensão universitária na região dos Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Noroeste de Minas.

Resultados e discussões

Abordagem interprofissional e composição das equipes

A EIP é compreendida como um processo em que profissionais e estudantes de diferentes áreas aprendem com, sobre e entre si, visando à melhoria da qualidade do cuidado em saúde (REEVES, 2016; WHO, 2010). No contexto da extensão universitária, a composição de uma equipe interprofissional deverá incluir representantes de diferentes áreas da saúde e das ciências humanas, com habilidades complementares e compromisso com o trabalho colaborativo (REEVES, 2016).

A formação e o funcionamento de equipes interprofissionais exigem planejamento estruturado, clareza de objetivos e uma cultura colaborativa. Com base nas diretrizes propostas pela American Speech-Language-Hearing

Association (2025) e pelo Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2016), foi elaborado um passo-a-passo para a organização de equipes interprofissionais no contexto da extensão universitária. O fluxo orienta desde a definição de um objetivo comum até o estabelecimento de estratégias para tomada de decisões e resolução de conflitos, destacando a importância da comunicação, da reflexão contínua e da valorização dos saberes específicos de cada área, conforme apresentado na Figura 02.

Na UFVJM, as unidades acadêmicas com maior potencial para promover a interprofissionalidade junto à Faculdade de Medicina incluem os cursos de Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia e Educação Física. Esses cursos oferecem contribuições singulares para a construção de projetos interprofissionais no âmbito da extensão universitária (FRENK *et al.*, 2022; WEST *et al.*, 2016). A Medicina contribui com a escuta clínica e o diagnóstico; a Enfermagem, com a gestão do cuidado e o vínculo com a ESF; a Odontologia, com ações preventivas e terapêuticas em saúde bucal; a Farmácia, com o uso racional de medicamentos; a Nutrição, com a orientação alimentar; a Fisioterapia, com a reabilitação funcional; e a Educação Física, com a promoção da saúde por meio da atividade física.

Figura 2. Fluxo de orientação para a implementação de uma equipe interprofissional.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A adoção de equipes interprofissionais na extensão universitária fortalece a articulação entre saberes, amplia a capacidade de resposta às demandas sociais

e promove uma formação mais integrada e sensível às realidades do território. Ao incorporar diferentes perspectivas profissionais e valorizar a escuta ativa, essas equipes potencializam não apenas os resultados das ações extensionistas, mas também a aprendizagem significativa entre estudantes e docentes. Assim, a abordagem interprofissional se consolida como estratégia pedagógica essencial para a formação crítica, colaborativa e comprometida com a integralidade do cuidado em saúde.

Etapas para planejamento da EIP na curricularização da extensão

Inspirado em modelos de implementação de inovação pedagógica, como o proposto pela American Speech-LanguagE-Hearing Association (2025), o planejamento da educação interprofissional no processo de curricularização da extensão entre a FAMED e as demais unidades acadêmicas podem ser dividido em três etapas principais, conforme apresentado na Figura 03:

Figura 3. Etapa de Concepção: Identificação de Demandas e Articulação Institucional

Fonte: Elaborado pelos autores.

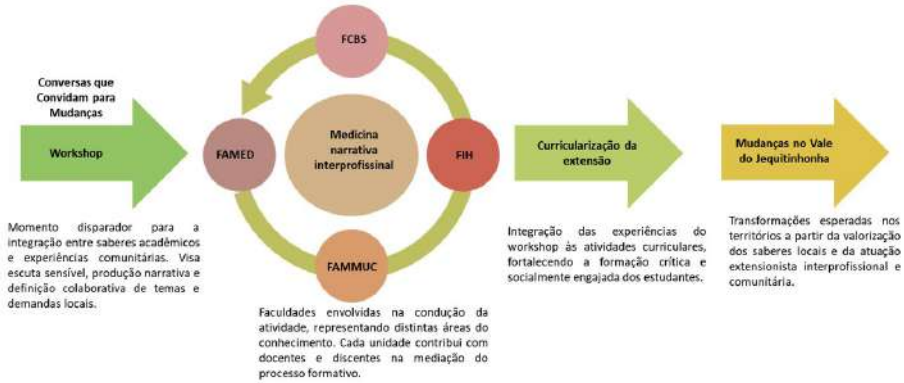
Desenhos pedagógicos e a medicina narrativa interprofissional no contexto da curricularização da extensão

De acordo com Silva e Ayres (2025) investir em narrativas é confrontar a lógica biomédica na formação e educação em saúde, porém há necessidade de investimento pedagógico. E não basta contar ou ouvir histórias, é necessário qualificar tanto a narrativa quanto a escuta, (re) aprendendo a contá-las e a ouvi-las, mas de uma forma sensível e diferenciada. Não se trata de uma escuta fragmentada, que quer descobrir falhas no comportamento do dia a dia, mas que busca apreender o próprio esforço humano para existir (SILVA, N. E. K. E; AYRES, 2025)

Workshop "Conversas que convidam para mudanças"

Propõe-se a realização de um workshop que incorpore a abordagem da medicina narrativa interprofissional como eixo metodológico da curricularização da extensão (LUPTON, 2017). A atividade terá como objetivo integrar componentes teóricos e científicos, e contará com a participação de representantes de unidades acadêmicas: Faculdade de Medicina de Diamantina (FAMED), a Faculdade de Ciências Biológicas e Saúde (FCBS), a Faculdade Interdisciplinar em Humanidades (FIH) e a Faculdade de Medicina do Mucuri (FAMUC). O objetivo é fomentar a construção de iniciativas acadêmicas colaborativas, promovendo o diálogo entre diferentes saberes e práticas (FLEMING *et al.*, 2023). Além disso, busca-se envolver atores sociais cujas vozes representem coletivos historicamente silenciados, contribuindo para a definição de agendas formativas e extensionistas com potencial de gerar mudanças significativas (Figura 04).

Figura 4. Representação esquemática da metodologia do workshop ilustrando a integração entre unidades acadêmicas, comunidade e atores sociais na construção colaborativa de projetos formativos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Uso de metodologias ativas

Conforme o PPC da Faculdade de Medicina da UFVJM selecionaram-se alguns temas que apoiam com a implementação da narrativa médica interprofissional e a curricularização: competência para trabalhar em equipe; competência para trabalhar com educação popular e permanente da equipe; capacidade de tomar decisão compartilhada; liderança no trabalho multidisciplinar e responsabilidade social (FAMED-UFVJM, 2024). Os professores precisam estimular a responsabilidade social para formar profissionais competentes, com autoestima, confiantes, capazes e comprometidos com a sociedade (SANIEE *et al.*, 2025).

É preciso compreender que a medicina narrativa é uma metodologia baseada em habilidades específicas de comunicação, na qual a narrativa é uma ferramenta fundamental para adquirir, compreender e integrar vários pontos de vista relacionados às pessoas envolvidas na doença e no processo de assistência à saúde (PALLA; TURCHETTI; POLVANI, 2024). E esta metodologia pode

ser incorporada e agregar valor às práticas educacionais ativas então presentes no projeto pedagógico (FAMED-UFVJM, 2024).

O PPC da Medicina da UFVJM em Diamantina prevê uma formação que articula entre ensino, pesquisa e extensão desde os primeiros períodos, com ênfase na atenção básica, no trabalho interprofissional e na responsabilidade social do estudante de Medicina. Diversas metodologias ativas são integradas aos módulos curriculares, entre elas a ABP, o TBL, a problematização e a Pedagogia de Projetos, todas previstas de forma estruturada no item 10.1.1 do PPC (FAMED-UFVJM, 2024).

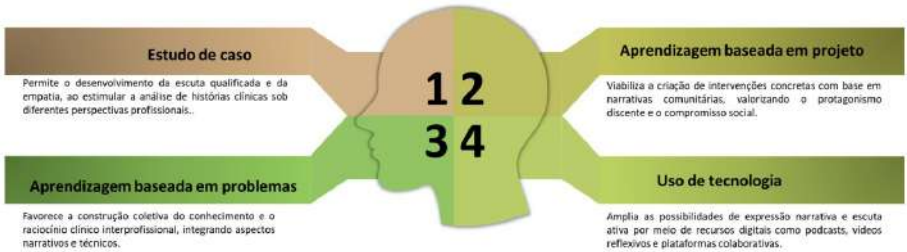
Entre os módulos com maior potencial para a incorporação da medicina narrativa interprofissional como eixo transversal estão os PIESCs (Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade I a VIII). Esses módulos proporcionam vivências em saúde coletiva e territorialização, permitindo a construção de projetos de intervenção a partir de diagnósticos locais (GODOI; FREITAS, L. V. B.; SANTOS, D. F., 2020; SANTOS, T. M. M. *et al.*, 2024; SOUZA *et al.*, 2023; UFVJM, 2017). Já nos módulos longitudinais, como os de Clínica Médica, Saúde Mental, Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher, há diversas oportunidades para desenvolver habilidades narrativas na escuta qualificada, empatia e construção de vínculo entre pacientes e equipe (MATOS *et al.*, 2024; TEIXEIRA *et al.*, 2024).

É importante ressaltar que o PPC permite o desenvolvimento de competências como a capacidade de tomar decisões compartilhadas, liderar equipes e compreender a saúde do ponto de vista de populações vulneráveis. Tais práticas favorecem a inserção de abordagens narrativas, especialmente em contextos que demandam sensibilidade cultural, ética e escuta ativa, como o cuidado com comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e populações vulneráveis.

O projeto pedagógico proporciona ambientes de aprendizagem para a incorporação de diferentes métodos pedagógicos. Diversas abordagens pedagógicas são utilizadas para desenvolver a empatia na educação profissional, por exemplo, simulações, dramatizações, escrita reflexiva, aprendizagem

experiencial, treinamento de habilidades de comunicação, estudo de caso, ABP, aprendizagem baseada em projeto e uso de tecnologias (HAN, Z. *et al.*, 2024). Dentro destas propostas de modelos poderá ser incorporado por exemplo um Roteiro para Elaboração de Narrativas em Saúde (MARCONDES, P. 2025).

Figura 5. Estratégias pedagógicas ativas que favorecem a integração da medicina narrativa interprofissional no ensino médico.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Desenvolvendo o estudo de caso

No contexto dos PIESC, o desenvolvimento de estudos de caso baseados em narrativas reais permite articular o conhecimento médico às práticas interprofissionais (PALLA; TURCHETTI; POLVANI, 2024; SCHMUTZ, 2022). A construção desses estudos pode ser feita a partir de registros de vivências dos próprios alunos, rodas de conversa com os diversos profissionais que atuam no cuidado de um determinado paciente, entrevistas narrativas com usuários do SUS e com lideranças comunitárias (SCHMUTZ, 2022).

Objetiva-se que os casos elaborados não se restrinjam ao relato técnico da situação clínica, mas que tragam elementos da história de vida, do contexto familiar, da cultura local e das decisões interprofissionais compartilhadas que envolveram o cuidado (DASGUPTA; CHARON, 2004). Os estudantes devem ser orientados a formular problemas que se integrem a diversas áreas do conhecimento (farmácia, psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição,

odontologia) instigando o trabalho colaborativo entre cursos da área da saúde e provoquem discussões que considerem os determinantes sociais do processo saúde-doença (REEVES *et al.*, 2013; WHO, 2010).

Para potencializar a aplicação pedagógica da narrativa no estudo de caso, pode-se utilizar roteiros como o proposto por Boeijinga *et al.* (2017), que sugere etapas como: atenção e escuta profunda, reconhecimento e validação da experiência, co-construção da narrativa, reflexão crítica e resposta narrativa. A incorporação do estudo de caso narrativo à matriz curricular fortalece a integração entre ensino, pesquisa e extensão, ao mesmo tempo em que valoriza a singularidade dos sujeitos e das comunidades atendidas pela universidade. Trata-se de um dispositivo potente para o desenvolvimento de competências como empatia, escuta ativa, comunicação, trabalho em equipe, responsabilidade social e sensibilidade às diferenças, fundamentais à formação de profissionais de saúde comprometidos com a equidade e a humanização do cuidado (CHARON, 2001).

Aprendizagem baseada em problemas (ABP)

ABP trata-se de uma aprendizagem colaborativa e socialmente dinâmica realizada em pequenos grupos de estudantes em que a capacidade do grupo de trabalhar sinergicamente é fundamental (LI, A. *et al.*, 2022). Os estudantes se deparam com problemas pouco estruturados envolvendo eventos complexos de resolução, se discutem os fatos e as lacunas de informação, formulam hipóteses sobre o problema, identificam os próprios objetivos e questões de aprendizagem e sintetizam criticamente o conhecimento adquirido (LOHMAN, MARGARET C.; FINKELSTEIN, 2000), é autodirigido e os grupos são responsáveis por co-construir a própria experiência (RANIA; COPPOLA; PINNA, 2021).

Nesta metodologia ativa, professores e estudantes compartilham a responsabilidade pela aprendizagem e diversos são os fatores que podem influenciar em seu sucesso (BATE *et al.*, 2014). No curso de Medicina da UFVJM, Campus Diamantina, a ABP é uma das abordagens metodológicas previstas no Projeto Pedagógico, sendo aplicada tanto nos anos iniciais, contemplando as unidades básicas, quanto no conteúdo clínicos (FAMED-UFVJM, 2024).

Ao ser integrada aos módulos com foco em saúde coletiva, clínica geral e saúde mental, essa metodologia permite a construção de problemas baseados em narrativas reais, coletadas durante atendimentos nos serviços de saúde. O estudo "Humanising case-based learning" publicado por Al-bedaery et al. (2024) mostrou que casos clínicos que contam histórias ricas e inclusivas estimulam atitudes mais empáticas, percepção da diversidade e preparação para o trabalho em equipe, reforçando a eficácia da ABP nesse contexto.

Na implementação da narrativa médica interprofissional é importante que os estudantes sejam estimulados a olhar para além do diagnóstico considerando determinantes sociais, culturais e éticos (CYRINO, *et al.*, 2024). Esse tipo de narrativa permite que os estudantes, organizados em grupos de diferentes áreas profissionais, identifiquem lacunas de cuidado e desenvolvam soluções que contemplem diversas áreas do conhecimento, promovendo uma abordagem mais sensível, colaborativa e culturalmente adequada (REEVES *et al.*, 2016; WHO, 2010).

Aprendizagem baseada em projeto

A literatura científica reforça a importância do uso da aprendizagem baseada em projeto, em especial, em campos onde a aplicação prática do conhecimento e a resolução colaborativa de problemas são essenciais para preparar os estudantes para os desafios do mundo real (MOTA *et al.*, 2025).

O trabalho de estudantes de medicina da FAMED/UFVJM mostrou que este modelo proporcionou mudanças de comportamentos durante o trabalho na unidade de atenção primária de forma interprofissional (SANTOS, T. M. M. *et al.*, 2024). Os PIESCs (I ao VIII) possuem como atividade acadêmica obrigatória a organização, o planejamento e a execução de projetos a partir de um diagnóstico de necessidades da comunidade.

Uso de tecnologias

O uso de tecnologia e a inteligência artificial (IA) para desenvolver modelos estão presentes com o objetivo de aprimorar o aprendizado entre os estudantes (HAN, E.-R. *et al.*, 2019). Desde o estetoscópio até os prontuários eletrônicos, a forma como os médicos pensam mudou com a tecnologia. Agora, com a ascensão de ferramentas baseadas em IA, ambientes simulados, recursos de ensino e suporte à decisão clínica, exigem que a educação médica integre IA à formação médica (COOPER; RODMAN, 2023).

Todavia, o uso dessas tecnologias exige cautela, especialmente em relação a aspectos éticos, à qualidade das informações fornecidas e ao impacto na formação crítica dos futuros profissionais de saúde. Diante disso, é fundamental que docentes e instituições acompanhem os avanços nesse campo e reflitam sobre como integrar essas ferramentas de forma responsável ao currículo (LEE, H., 2024; TURNER *et al.*, 2024).

Na UFVJM, a proposta curricular prevê a incorporação progressiva de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e de recursos digitais nos módulos formativos, com apoio do Núcleo de Telessaúde e das plataformas institucionais de ensino virtual. No entanto, atualmente já são utilizadas tecnologias que envolvem ambientes virtuais de aprendizagem, simuladores clínicos digitais e banco de dados (FAMED-UFVJM, 2024).

No contexto da medicina narrativa interprofissional, tais recursos podem contribuir

para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e integração dos saberes, principalmente quando integradas a metodologias ativas como o estudo de caso e a ABP (ABOUZEID; HARRIS, 2025; EFTHYMIOU, 2025). Ademais, a IA é capaz de criar ferramentas que auxiliem os estudantes na reflexão sobre histórias de vida, experiências de sofrimento e contextos sociais, ampliando a escuta sensível e a empatia no cuidado. Tais possibilidades ganham ainda mais força quando vinculadas à extensão universitária, na qual o uso de IA pode contribuir para a sistematização de demandas da comunidade, identificação de perfis narrativos de grupos específicos (como povos tradicionais, idosos ou pessoas com doenças crônicas) (RINCÓN *et al.*, 2025).

Nesse cenário, é importante destacar que atualmente os pacientes já chegam às consultas com respostas geradas por IA (FLINN R., 2025). Isso muda a dinâmica da consulta e exige que todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente compreendam essas ferramentas e saiba contextualizar suas limitações. Em vista disso, é necessário inserir conteúdos sobre IA em disciplinas clínicas, que envolvam raciocínio diagnóstico e prática baseada em sistemas (TU *et al.*, 2025).

A utilização de IA na educação médica é uma necessidade para o desenvolvimento de um ambiente educacional mais personalizado, eficaz e justo. Isso exige pesquisa colaborativa e multidisciplinar, além de vigilância ética para garantir que a tecnologia atenda aos objetivos educacionais, ao mesmo tempo em que preserva a justiça social e a integridade ética (TU *et al.*, 2025; TURNER *et al.*, 2024).

Módulos como pontos fortes para implementação da narrativa médica interprofissional na curricularização da extensão

O PPC da FAMED/UFVJM com a curricularização da extensão implantou a educação em saúde como responsabilidade social ao longo da formação. Diferentemente da tendência observada na literatura, que aponta que esta experiência ocorre somente nos primeiros anos e diminui consideravelmente nos anos clínicos (DUBÉ *et al.*, 2024), na UFVJM a curricularização da extensão foi implantada de modo transversal, incorporando a educação em saúde como prática contínua e integrada aos diferentes ciclos da graduação (FAMED-UFVJM, 2024).

Entre os módulos com maior potencial para a implementação da narrativa médica interprofissional destacam-se as Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC I a VIII) e o Internato Médico. Os PIESC são desenvolvidos de forma longitudinal ao longo dos oito primeiros semestres do curso, com inserção dos estudantes em territórios sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família (RAMOS, *et al.*, 2022). Nesses módulos, os discentes realizam visitas domiciliares, oficinas de educação em saúde, construção de mapas de risco, rodas de conversa e escutas qualificadas junto a usuários, profissionais e lideranças comunitárias (UFVJM, 2017).

Essas vivências possibilitam o desenvolvimento de projetos de intervenção elaborados a partir do diagnóstico situacional dos territórios (SOUZA *et al.*, 2023). A construção desses projetos envolve desde a identificação de problemas reais à sistematização de soluções possíveis, o que demanda o trabalho interprofissional e a articulação entre diferentes saberes. A abordagem narrativa pode ser incorporada tanto na coleta de informações, por meio de entrevistas e relatos (COELHO *et al.*, 2024; MACHADO *et al.*, 2022; PAULINO *et al.*, 2024).

No internato, a narrativa médica interprofissional pode ser aplicada como ferramenta de reflexão crítica nos módulos clínicos (LEIJENAAR; EIJKELBOOM; MILOTA, 2023). O maior amadurecimento dos estudantes nesse ciclo permite a construção de estudos de caso aprofundados com base nas experiências vividas, relatos de pacientes e dificuldades enfrentadas pelas equipes multiprofissionais. Assim, contribuem para uma melhora na empatia, comunicação, colaboração e vínculo entre os profissionais envolvidos (GOWDA *et al.*, 2019).

Uso da aprendizagem baseada em projeto: oportunidade de interface entre as Pró-reitorias de Ensino, Pesquisa e Extensão

A aprendizagem baseada em projetos é uma metodologia ativa capaz de desenvolver a capacidade de inovação dos estudantes por meio do envolvimento de stakeholders externos (profissionais, representantes, gestores de diferentes instituições/organizações públicas e privadas) e de problemas do mundo real. No curso de Medicina da UFVJM, essa abordagem se fortalece a partir da articulação entre os módulos curriculares, os projetos de extensão e as parcerias institucionais que envolvem diferentes setores da sociedade (TEIXEIRA *et al.*, 2024).

Essa prática pedagógica contribui para a formação crítica dos estudantes ao propor que eles assumam papel ativo na construção de soluções para desafios concretos vivenciados por coletivos sociais e instituições públicas. A proposta está alinhada à missão da universidade pública ao promover interação entre as Pró-reitorias de Ensino, Pesquisa e Extensão e diversos stakeholders, como a Prefeitura Municipal de Diamantina, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Regional, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Jequitinhonha (CISAJE), além de comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e grupos da cultura e do artesanato local.

Ao serem provocados a elaborar projetos que respondam a problemas do território, os estudantes precisam integrar saberes técnicos, científicos e populares, dialogar com diferentes atores sociais e compreender os determinantes sociais da saúde. O desenvolvimento dos projetos estimula a escuta, a empatia e a construção coletiva de soluções, permitindo que as narrativas individuais e coletivas das comunidades atendidas se tornem ponto de partida legítimo para a reflexão pedagógica e a proposição de intervenções.

Além disso, a aprendizagem baseada em projeto amplia o escopo da formação médica ao promover uma interface efetiva entre o ensino e a extensão, favorecendo experiências interdisciplinares que integram estudantes, docentes e profissionais de diferentes áreas do conhecimento. A aproximação com os stakeholders institucionais também fortalece a rede de apoio ao Sistema Único de Saúde e reafirma o papel da universidade como agente de transformação social e desenvolvimento local.

Nesse contexto, os projetos desenvolvidos pelos estudantes passam a ter um duplo valor: formativo e social. Ao mesmo tempo em que constroem competências essenciais ao exercício da medicina, como empatia, criatividade, liderança e trabalho em equipe, os discentes colaboram diretamente com a melhoria das condições de vida e saúde das populações envolvidas.

A implementação da narrativa médica interprofissional na curricularização da extensão faz-se necessário uma interpretação mais ampla do significado de comunidade. Há uma interpretação de que comunidade é uma localidade geográfica onde as pessoas compartilham uma herança social (grupos étnicos específicos, áreas socialmente carentes).

Ao mudar esta definição para pessoas que compartilham interesses, identidade e objetivos será possível encontrar maneiras eficientes de promover a medicina narrativa interprofissional na extensão universitária.]

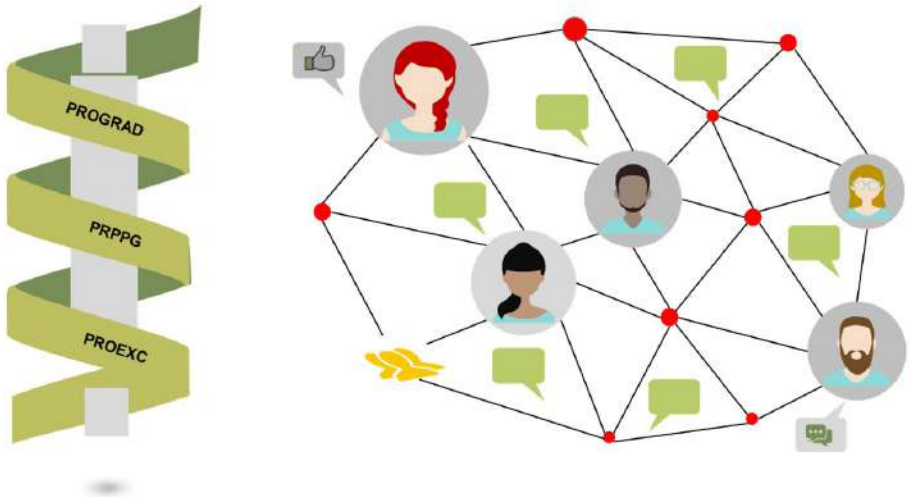
Por outro lado, é necessário um alinhamento estreito entre os papéis, valores e práticas dos atores envolvidos e, portanto, é preciso: a) possibilitar o envolvimento da comunidade e a possibilidade de educação comunitária aos

estudantes (desenvolvimento curricular); b) colaborar na prática extensão e pesquisa para a cocriação de conhecimento com a comunidade e/ou metodologias de pesquisa que adotem a participação dos membros da comunidade (representantes de grupos); e c) valorizar e incorporar o impacto da comunidade nos critérios de avaliação da produção acadêmica. Esses mecanismos dependem da aprendizagem transformadora no nível individual, bem como da mudança cultural para promover a consciência crítica no nível organizacional.

A formação médica impõe uma educação centrada no sistema de saúde e gestão de processos complexos que perpassam por novos modelos e arranjos interorganizacionais entre escolas e os serviços (ZARPELON; BATISTA, 2022). Para tanto, os módulos PIESC têm como tema central a formação de profissionais de saúde que busca aprimorar a qualidade da atenção à saúde e formação profissional de maneira integrada com responsabilidade social. De acordo com Barber *et al (*2020) e Mihan *et al.* (2022) a aprendizagem na comunidade é importante para promover o desenvolvimento de competências em responsabilidade social.

A universidade mantém diversas interfaces com a sociedade do Vale do Jequitinhonha, promovendo o ensino, a pesquisa e a extensão como pilares integrados do desenvolvimento regional. Essa contribuição se expressa por meio da qualificação profissional, do estímulo à inovação, da busca por soluções para problemas sociais e da interação contínua com a comunidade. Essas ações se concretizam por meio de parcerias com empresas e instituições, projetos de extensão, participação em fóruns e debates, incentivo ao empreendedorismo, produção e divulgação científica e oferta de formação continuada (Figura 06).

Figura 6. Aprendizagem baseada em projeto: Interface entre PROGRAD, PROEX E PESQUISA trabalhar em aprendizagem baseada em projetos



Fonte: Elaborado pelos autores.

A universidade possui autonomia didático-científica e se empenha para desenvolver pesquisas científicas e ações de extensão na busca de prevenção, tratamento, cura e atendimento às necessidades da comunidade dentro e fora do espaço universitário (SCHEIBER *et al.*, 2021; SILVA, L. L.; DEBOÇÃ, 2018). A extensão universitária é um instrumento factível que abrange a integralidade da atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção por meio de práticas educativas e da reformulação do conhecimento na articulação do saber técnico-científico e do popular (SANTANA, R. R. *et al.*, 2021). E significa a comunicação entre a universidade e a sociedade, objetivando a produção de conhecimentos e o diálogo das atividades acadêmicas, por meio de ações ativas que impliquem a partilha direta entre a academia e a sociedade, com impacto para ambas.

Conclusões

A adoção da medicina narrativa interprofissional como eixo metodológico na curricularização da extensão representa um avanço significativo na formação médica e na consolidação do compromisso social das universidades públicas. Essa abordagem permite integrar ensino, pesquisa e extensão em uma perspectiva territorializada, promovendo a formação de profissionais mais sensíveis às realidades locais e preparados para atuar em contextos de vulnerabilidade.

A articulação entre diferentes unidades acadêmicas, saberes e práticas favorece a construção de redes de cuidado fundamentadas na escuta, na empatia e na corresponsabilidade. Ao reconhecer as narrativas individuais e coletivas como dispositivos pedagógicos e instrumentos de transformação social, a medicina narrativa amplia as possibilidades formativas, especialmente em territórios marcados por iniquidades históricas, como as comunidades quilombolas e rurais do Vale do Jequitinhonha.

Dessa forma, a curricularização da extensão, ancorada em práticas interprofissionais e na abordagem narrativa, constitui-se como uma via legítima e necessária para o fortalecimento da formação crítica, ética e humanizada dos estudantes de medicina e outros cursos das áreas da saúde. Investir nessa perspectiva significa reafirmar o papel da universidade como agente de transformação social e promotora do cuidado.

Referências

ABOUZEID, E.; HARRIS, P. Insights Gained from Using AI to Produce Cases for Problem-Based Learning. Basel Switzerland: MDPI, 2025. p. 5.

AL-BEDAERY, R. *et al.* Humanising case-based learning. **Medical Teacher**, 2 out. 2024. v. 46, n. 10, p. 1348–1355.

ALMEIDA, S. M. V. De; BARBOSA, L. M. V. Curricularização da Extensão Universitária no

Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2019. v. 43, n. 1 suppl 1, p. 672–680.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. **How To: Seven Steps for Designing Interprofessional Education Curriculum and Professional Development**. [S.l.]: [s.n.], 2025.

ASSUNÇÃO, A. Á. Metodologias ativas de aprendizagem: práticas no ensino da Saúde Coletiva para alunos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2021. v. 45, n. 3.

BARBER, C. *et al.* Social Accountability Frameworks and Their Implications for Medical Education and Program Evaluation: A Narrative Review. **Academic Medicine**, 24 dez. 2020. v. 95, n. 12, p. 1945–1954.

BATE, E. *et al.* Problem-based learning (PBL): Getting the most out of your students – Their roles and responsibilities: AMEE Guide No. 84. **Medical Teacher**, 2 jan. 2014. v. 36, n. 1, p. 1–12.

BOEIJINGA, A.; HOEKEN, H.; SANDERS, J. Storybridging: Four steps for constructing effective health narratives. **Health Education Journal**, 19 dez. 2017. v. 76, n. 8, p. 923–935.

BRASIL. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União.10 Jan 2001.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação.

BRUNO DE ALMEIDA RAMOS, INGRID NAYARA VERISSIMO TAMEIRÃO, I. M. S. *et al.* PRÁTICA DE TERRITORIALIZAÇÃO REALIZADA POR ESTUDANTES DE MEDICINA NO BAIRRO RIO GRANDE DE DIAMANTINA-MG: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, 2022. v. 14, n. 1, p. 130–142.

CARINE RIBEIRO, J.; CARLETTE THIENGO, L. Extensão universitária e movimentos sociais: os projetos educacionais desenvolvidos na Ocupação Vitória, Minas Gerais. **Revista Extensão & Cidadania**, 11 dez. 2023. v. 11, n. 20, p. 74–91.

CHARON, Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897–1902.

CIRQUEIRA JÚNIOR, H. *et al.* SAÚDE EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: caracterização ambiental e ocorrência de enteroparasitoses. **REVISTA DA UNIVERSIDADE VALE DO RIO VERDE**, 2015.

COOPER, A.; RODMAN, A. AI and Medical Education — A 21st-Century Pandora's Box. **New England Journal of Medicine**, 3 ago. 2023. v. 389, n. 5, p. 385–387.

CYRINO, E. G. Et Al. **Narrativas e encontros [recurso eletrônico] : formação e cuidado em saúde**. Botucatu: [s.n.], 2024.

DASGUPTA, S.; CHARON, R. Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy. **Academic Medicine**, abr. 2004. v. 79, n. 4, p. 351–356.

DIGGELE, C. VAN *et al.* Interprofessional education: tips for design and implementation.

BMC Medical Education, 3 dez. 2020. v. 20, n. S2, p. 455.

DIGGELE; ROBERTS, C.; HAQ, I. Optimising student-led interprofessional learning across eleven health disciplines. **BMC Medical Education**, 15 dez. 2021. v. 21, n. 1, p. 157.

DUBÉ, T. V. *et al.* Pathways, journeys and experiences: Integrating curricular activities related to social accountability within an undergraduate medical curriculum. **Medical Education**, 27 maio. 2024. v. 58, n. 5, p. 556–565.

EFTHYMIOU, E. Integrating digital and narrative medicine in modern healthcare: a systematic review. **Medical Education Online**, 31 dez. 2025. v. 30, n. 1.

FAMED-UFVJM. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Diamantina, MG: [s.n.], 2024.

FLEMING, A. *et al.* Development of a pilot interprofessional education workshop for healthcare students and assessment of interprofessional collaborative competency attainment. **Journal of Interprofessional Care**, 2 nov. 2023. v. 37, n. 6, p. 954–963.

FRENK, J. *et al.* Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, out. 2022. v. 400, n. 10362, p. 1539–1556.

GADOTTI, M. **Extensão Universitária: Para quê?** [S.l.]: [s.n.], 2021

GODOI, B. B.; FREITAS, L. V. B.; SANTOS, D. F. Commitment to Care for the Community and COVID-19: teaching-learning approach to medical education in primary health care in Brazil. **Archives of Health**, 23 dez. 2020. v. 1, n. 5, p. 351–358.

GOULART, P. M. *et al.* **Narrativas de si: práticas em educação e saúde**. [S.l.]: Rede Unida, 2020.

GOWDA, D. *et al.* Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: Feasibility and program evaluation. **Perspectives on Medical Education**, 5 fev. 2019. v. 8, n. 1, p. 52–59.

HAN, E.-R. *et al.* Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. **BMC Medical Education**, 11 dez. 2019. v. 19, n. 1, p. 460.

HAN, Z. *et al.* Applying narrative medicine to prepare empathetic healthcare providers in undergraduate pharmacy education in Singapore: a mixed methods study. **BMC Medical Education**, 15 mar. 2024. v. 24, n. 1, p. 292.

HEITOR SILVA COELHO, NATAN LOPES DE MACEDO, FREDERICO LOPES ALVES, D. F. S. PROJETOS DE EXTENSÃO, PESQUISA E O CUIDADO RENAL: insights de estudantes de medicina. **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, 2024. v. 9, n. 18.

IPEC. **Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update. INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE.** [S.l.]: [s.n.], 2016.

KUMAGAI, A. K. From Competencies to Human Interests. **Academic Medicine**, jul. 2014. v. 89, n. 7, p. 978–983.

KUMAGAI; LYPSON, M. L. Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education. **Academic Medicine**, jun. 2009. v. 84, n. 6, p. 782–787.

LAUNER, J.; WOHLMANN, A. Narrative medicine, narrative practice, and the creation of meaning. **The Lancet**, jan. 2023. v. 401, n. 10371, p. 98–99.

LEE, H. The rise of <scp>ChatGPT</scp> : Exploring its potential in medical education. **Anatomical Sciences Education**, 28 jul. 2024. v. 17, n. 5, p. 926–931.

LEIJENAAR, E.; EIJKELBOOM, C.; MILOTA, M. "An invitation to think differently": a narrative medicine intervention using books and films to stimulate medical students' reflection and patient-centeredness. **BMC Medical Education**, 11 ago. 2023. v. 23, n. 1, p. 568.

LI, A. *et al.* Does your group matter? How group function impacts educational outcomes in problem-based learning: a scoping review. **BMC Medical Education**, 29 dez. 2022. v. 22, n. 1, p. 900.

LOHMAN, MARGARET C. ; FINKELSTEIN, M. Designing groups in problem-based learning to promote problem-solving skill and self-directedness. **Instructional Science**, 2000. v. 28, n. 4, p. 291–307.

LOPES, P.; NIQUINI, C. M. Do barro à arte: experiências de diálogo entre a extensão universitária e a cultura popular. **Educação, Ciência e Cultura**, 7 abr. 2021. v. 26, n. 1, p. 01.

LUPTON, D. Digital health now and in the future: Findings from a participatory design stakeholder workshop. **DIGITAL HEALTH**, 9 jan. 2017. v. 3.

MACHADO, I. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos durante a pandemia da COVID-19: Relato de experiência de um grupo operativo de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, 22 dez. 2022. v. 13, n. 3, p. 347–356.

MATOS, K. A. De *et al.* DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES EM UM AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL. **REVISTA FOCO**, 27 jun. 2024. v. 17, n. 6, p. e5489.

MEDEIROS, R. De O. *et al.* Formação docente em metodologias de aprendizagem ativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2022. v. 26.

MIHAN, A. *et al.* Social accountability in undergraduate medical education: A narrative review. **Education for Health**, 2022. v. 35, n. 1, p. 3.

MORENA CARVALHO DE ALMEIDA, L. *et al.* Programa universidade nas comunidades: a extensão e interação dialógica na formação discente. **REVISTA DO CROMG**, 25 jan. 2024. v. 22, n. Supl.3.

MOTA, F. B. *et al.* Mapping the global research on project-based learning: a bibliometric and network analysis (2014–2024). **Frontiers in Education**, 28 fev. 2025. v. 10.

PAHO. **Interprofessional health teams for integrated care, Pan American Health Organization**. Washington, D.C.: [s.n.], 2025.

PALLA, I.; TURCHETTI, G.; POLVANI, S. Narrative Medicine: theory, clinical practice and

education - a scoping review. **BMC Health Services Research**, 27 set. 2024. v. 24, n. 1, p. 1116.

PAULINO, I. Dos S. *et al.* Impactos do módulo práticas de integração, ensino, serviço e comunidade na formação médica: um relato de experiência. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, 19 dez. 2024. v. 16, n. 12 Edição Especial, p. e6567.

PAULO MARCONDES. Roteiro para Elaboração de Narrativas em Saúde. 2025.

PEIXOTO, M. T. *et al.* Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2019. v. 23, n. suppl 1.

RANIA, N.; COPPOLA, I.; PINNA, L. Reflective Practices to Study Group Dynamics: Implement Empowerment and Understand the Functioning of Groups. **Frontiers in Psychology**, 29 nov. 2021. v. 12.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 28 mar. 2013. v. 2018, n. 8.

REEVES *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, 2 jul. 2016. v. 38, n. 7, p. 656–668.

REEVES. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update. **Journal of Interprofessional Care**, 3 jul. 2016. v. 30, n. 4, p. 405–407.

RINCÓN, E. H. H. *et al.* Mapping the use of artificial intelligence in medical education: a scoping review. **BMC Medical Education**, 12 abr. 2025. v. 25, n. 1, p. 526.

RYAN FLINN. Dr. ChatGPT Will See You Now. [S.l.], 2025. Disponível em: <https://www.wired.com/story/dr-chatgpt-will-see-you-now-artificial-intelligence-llms-openai-health-diagnoses/>.

SAMUEL, O. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. **Family Practice**, ago. 1999. v. 16, n. 4, p. 448–448.

SANIEE, N. *et al.* Components of social accountability in medical education: a scoping review. **BMC Medical Education**, 6 mar. 2025. v. 25, n. 1, p. 349.

SANTANA, R. R. *et al.* Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. **Educação & Realidade**, 2021. v. 46, n. 2.

SANTOS, T. M. M. *et al.* Aprendizagem baseada em projeto e a formação médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 18 abr. 2024. v. 19, n. 46, p. 3772..

SCHEIBER, B. *et al.* Post-COVID-19 Rehabilitation: Perception and Experience of Austrian Physiotherapists and Physiotherapy Students. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18 ago. 2021. v. 18, n. 16, p. 8730.

SCHMUTZ, J. B. Institutionalizing an interprofessional simulation education program: an organizational case study using a model of strategic change. **Journal of Interprofessional Care**, 4 maio. 2022. v. 36, n. 3, p. 402–412.

SILVA, L. L.; DEBOÇÃ, L. P. Avaliando as práticas extensionistas na Universidade Federal

de Viçosa – Campus Rio Paranaíba: das diretrizes do FORPROEX às percepções de atores envolvidos. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, 1 jan. 2018. p. 116–137.

SILVA, N. E. K. E; AYRES, J. R. De C. M. "Tia Bete" e outras histórias. Uma Pedagogia do Cuidado por meio de narrativas. **Saúde e Sociedade**, 2025. v. 34, n. 2.

SOUZA, A. D. De *et al.* Educação sexual: avaliação do conhecimento de adolescentes de uma escola do Vale do Jequitinhonha - MG. **Revista ELO – Diálogos em Extensão**, 28 fev. 2023. v. 12.

SOUZA, M. Q. B. De *et al.* INTERPROFISSIONALIDADE NOS CURRÍCULOS: UMA ANÁLISE DOS CURSOS DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 10 abr. 2025. v. 29, n. 1, p. 242–261.

TEIXEIRA, F. F. *et al.* IMPACTO DA INTEGRAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA COM AS CASAS DE SAÚDE DE DIAMANTINA NA ATENÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, 22 nov. 2024. v. 10, n. 11, p. 5185–5199.

TROJBICZ, B. Overcoming the concept of pockets of poverty: the case of Jequitinhonha Valley in Brazil. **Development in Practice**, 2 jan. 2025. v. 35, n. 1, p. 117–126.

TU, T. *et al.* Towards conversational diagnostic artificial intelligence. **Nature**, 12 jun. 2025. v. 642, n. 8067, p. 442–450.

TURNER, L. *et al.* Demystifying AI: Current State and Future Role in Medical Education Assessment. **Academic Medicine**, abr. 2024. v. 99, n. 4S, p. S42–S47.

UFVJM. **Padronização de condutas administrativas e gerenciais dos módulos de PIESC do curso de medicina de Diamantina**. [S.l.]: [s.n.], 2017.

UFVJM. Relatório de Gestão 2024. 2024. Disponível em: <Relatório de Gestão 2024.>.

UFVJM. Vale do Jequitinhonha. 2025a. Disponível em: <https://portal.ufvjm.edu.br/onde-estamos/diamantina/imagens/MapadeMinasregiesUFVJMJequitinhonha.jpg/view>.

UFVJM. Portal UFVJM. 2025b. Disponível em: <https://portal.ufvjm.edu.br/estudantes/unidades-academicas>.

VASCONCELOS, J. *et al.* Factors associated with interprofessional collaboration in Primary Health Care: a multilevel analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2024. v. 29, n. 1.

WEST, C. *et al.* Implementation of interprofessional education (IPE) in 16 U.S. medical schools: Common practices, barriers and facilitators. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, set. 2016. v. 4, p. 41–49.

WHO. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice.** [S.l.]: [s.n.], 2010.

ZARPELON, L. F. B.; BATISTA, N. A. A gestão da integração ensino-serviço nas escolas médicas do Paraná, PR, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2022. v. 26.

Capítulo 18

Narrativas de uma psicóloga negra em um CERSAM AD: o cuidado com mulheres negras e usuárias de drogas

Vitor Igor Fernandes Ramos
Luana dos Santos Nascimento

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um movimento antimanicomial na qual buscava (re) integrar o sujeito *louco* para o retorno à sociedade, com vistas à garantia de direitos e deveres para sua cidadania. A insistência deste movimento era quebrar as correntes da estrutura manicomial do Estado que persistia em um estado de "complexo-industrial-prisional-manicomial-farmacêutico" (Passos, 2023, p. 14). Esse modelo de aprisionamento é estruturante e institucional que o Estado promove para quem não é *normal*. Uma normalidade que foi construída pela alienação para uma sociedade que fosse em sua essência capitalista e neoliberal.

Junto a RPB, ocorre um sinergismo com a luta antimanicomial, representada e organizada por trabalhadores (as), pesquisadores (as), familiares

e, principalmente, usuários (as) de saúde mental que sofriam resultados da produção dos manicômios em seus corpos: tratamento psicofarmacológico sem direito à informação, choque elétrico, coma insulínico e casas insalubres longe do meio urbano para "proteção" dos ditos cidadãos de bens. O protagonismo de usuários (as) por um cuidado que fosse em liberdade foi um dos principais marcos do movimento contra os manicômios que ocorreu no Brasil a partir da década de 70.

O modelo de cuidado vigente até a década de 70 excluía e violava direitos de pessoas com sofrimento mental. Desde o início da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, trabalhadores (as) e usuários (as) vem combatendo a exclusão e a violação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. O modelo de tratamento no qual pessoas eram isoladas e confinadas em espaços chamados de "tratamento" perdurou por séculos e foi substituído pelo modo de cuidar em liberdade, pelo modelo da rede de serviços substitutivos. Uma rede que fosse verdadeiramente brasileira: "não sei qual é a técnica que servirá para a destruição dos manicômios brasileiros. Não será inglesa, francesa ou italiana, muito menos americana. Será uma técnica brasileira. É disto que o Brasil precisa" (Basaglia, 1979, p. 48).

Assim, a luta antimanicomial foi para o *front* e destrinchou o manicômio de um modelo de "cuidado" para um modelo de escravização. O Brasil foi o último país das Américas a pôr "fim", constitucionalmente, no trabalho em condição de escravidão, a partir da Lei Áurea Nº 13 de maio de 1888. Porém, mesmo com a existência de uma Lei, que passara a vigorar em todo o território nacional, o Brasil iria aperfeiçoar o modelo de escravizar corpos negros. Não seriam mais utilizadas correntes ou transportados em navios negreiros. Seria pela medicalização, institucionalização e pobreza.

> O manicômio historicamente foi uma das estratégias políticas de poder e de controle que afastou o negro não só da sociedade, mas também da possibilidade de se identificar racialmente de maneira positiva. As paredes das grandes prisões manicomiais têm sido

> derrubadas na contemporaneidade; contudo, para a população negra novas tecnologias manicomiais têm sido estrategicamente reinventadas: o sistema judiciário, que interna na maioria negros compulsoriamente; as instituições de segurança pública, ainda militarizadas, que promovem o genocídio da população preta, sendo em sua maior parte jovens, homens e pobres; a medicina psiquiátrica com contemporâneos diagnósticos que rotulam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em sua maior parte, negros periféricos. Diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e transtorno desafiador-opositor, por exemplo, fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas. Há, ainda, as comunidades terapêuticas, que imperativamente aplicam preceitos religiosos (na sua maioria neopentecostais e católicos) como pseudotratamentos, atingindo diretamente a cultura afro-brasileira e reconhecendo manifestações espirituais características das religiões de matriz africanas ou afro-brasileiras como demanda de "tratamento". (David, 2023, p. 164).

Os exemplos que o pesquisador negro Emiliano de Camargo David ditos acima, são resultados do processo de escravização moderna que o Estado brasileiro se propôs a inovar a partir da Lei Áurea. O povo negro foi realocado para ocupar a margem mais pobre da sociedade. Não tinha espaço para a pele negra nas cidades urbanizadas. Sua pele e seu suor contaminariam a beleza de árvores, ruas, asfaltos e casas construídas para moradia de pessoas brancas e imigrantes. Não houve espaço para o negro ocupar. Sua ocupação, em áreas periféricas, que seriam chamadas de favelas, morros e baixadas, se iniciou no dia 14 de maio de 1888, a partir de sua "libertação".

> Quando pretendo explicar o que se produziu em quatro séculos de repressão, de ausência de ser, vejo somente uma imensa amnésia coletiva que nos faz sofrer brutalmente. Essa amnésia coletiva começou a surgir a partir de um porão de um navio negreiro qualquer, e no nível social, sabemos ou intuímos o que ela produziu. Mas, e interiormente? Como, por exemplo, ela se apresenta em nível individual numa cidade como o Rio de Janeiro, onde a desagregação

> secular junta-se àquela provocada pelo fenômeno urbano na grande cidade? (Nascimento, 2022, p. 170).

Porém, trazemos como uma de nossas inquietações o lugar de mulheres negras na sociedade e, especificamente para o recorte desse manuscrito, mulheres negras usuárias de álcool e outras drogas que tiveram ou estão acompanhadas pelo serviço do Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM AD), em Belo Horizonte, na qual recebem esse nome ao invés de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Porém, tanto CERSAM quanto CAPS atuam na lógica contra hegemônica da medicina e seus princípios de atuação são regidos pela RPB e a luta antimanicomial.

A partir da reflexão e protagonismo de uma mulher negra, psicóloga e trabalhadora do CERSAM AD, trouxemos para essa escrita inquietações e implicações do campo de atuação da psicóloga, que é uma das autoras deste artigo. O CERSAM AD Venda Nova, local de atuação da psicóloga, é um CAPS Álcool e outras Drogas tipo III, com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, inclusive aos feriados. O serviço oferta escuta individual em modalidade de ambulatório previamente agendado, oficinas e outras atividades terapêuticas, culturais de grupo e atendimento familiar. Na modalidade de Permanência Dia (PD), os (as) usuários (as) passam o dia no serviço em que participam de atividades e realizam higienes pessoais, como tomar banho, alimentação e descanso.

Pela fundamentação teórica e utilizando o modelo qualitativo, o relato da psicóloga através da sua profissão ao atender e operacionalizar o cuidado ao corpo feminino, vítima do machismo, racismo e patriarcado – para citar alguns exemplos de violências – com usuárias que frequentaram ou frequentam o serviço. Acreditamos que a narrativa de uma psicóloga negra e militante da luta antimanicomial, como uma das metodologias de "pesquisar em saúde" no campo da saúde mental coletiva, é fundamental para o rompimento de estigmas e estereótipos que mulheres negras e usuárias de álcool vivem cotidianamente.

Metodologia

Com a ajuda da pesquisa qualitativa, tomamos nossa escrita para seguir um caminho não uniforme. Assim como a luta antimanicomial e a RPB propõem que para acontecer o cuidado, é necessário aceitar e compreender que a diversidade e a diferença é uma expressão da subjetividade de cada sujeito. O *incomum* deve ocasionar união e fortalecimentos de laços. Laços entre usuários e usuárias que historicamente, são marginalizadas (os) e estigmatizados pela sua classe social, gênero, cor/raça, deficiência, território que vivem entre outros marcadores sociais.

Uma das funcionalidades da pesquisa social é a autoetnografia, ou seja, "uma forma de pesquisa qualitativa que parte da análise crítica de experiências pessoais para refletir sobre práticas sociais mais amplas. Ela é um gênero de escrita autobiográfica, mas também uma metodologia" (Gama; Raimondi; Barros, 2021, p. 4).

> [...] Sendo uma metodologia que representa uma convergência entre o "impulso autobiográfico" e a "análise etnográfica", ela constrói narrativas interpretativas de mecanismos de silenciamentos ao explorar aspectos biográficos, políticos e sociais na escrita (Spry, 2009). Autoetnografias são trabalhos críticos, políticos e emotivos que investem na apresentação de experiências e análises que engajam o/a leitor/a de forma ativa e sensível no assunto que é abordado. Considerando o corpo como um local privilegiado na produção do conhecimento, elas exploram as especificidades e as interseccionalidades dos sujeitos na produção de saberes e de justiça social, investindo na diferença e na diversidade como possibilidades epistemológicas múltiplas (Brah, 2006).

A escolha pela autoetnografia é proposital, pois o campo que desejamos estar inseridos é mutuamente flexível. A insistência do Estado em continuar com estruturas que tornam o usuário/usuária objeto de suas ações manicomiais é aprimorar a máquina capitalista que a cada 23 minutos uma

pessoa negra morre no Brasil[10], como denunciado na música Favela Vive 3. Trazendo para o campo vivo, uma de nossas inquietações é compreender a percepção das mulheres negras que fazem uso intenso e/ou problemático de drogas ao chegarem no serviço CERSAM AD.

Como as mulheres negras são recebidas para iniciar o acompanhamento terapêutico nos serviços? Os profissionais do serviço CERSAM AD utilizam a interseccionalidade como ferramenta analítica (Collins; Bilge, 2021) para aprimorar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir de vivências das mulheres negras? Marcadores sociais como gênero, deficiência, moradia, saúde, cor/raça são inseridos na construção do PTS? O conhecimento rígido e duro dos manicômios é operacionalizar os saberes e ditar quem é permitido pensar, debater e dialogar.

> O racismo/sexismo epistêmico é um dos problemas mais importantes do mundo contemporâneo. O privilégio epistêmico dos homens ocidentais sobre o conhecimento produzido por outros corpos políticos e geopolíticas do conhecimento tem gerado não somente injustiça cognitiva, senão que tem sido um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo. A inferiorização dos conhecimentos produzidos por homens e mulheres de todo o planeta (incluindo as mulheres ocidentais) tem dotado os homens ocidentais do privilégio epistêmico de definir o que é verdade, o que é a realidade e o que é melhor para os demais. Essa legitimidade e esse monopólio do conhecimento dos homens ocidentais têm gerado estruturas e instituições que produzem o racismo/sexismo epistêmico, desqualificando outros conhecimentos e outras vozes críticas frente aos projetos imperiais/coloniais/patriarcais que regem o sistema-mundo (Grosfoguel, 2016, p. 25).

O trabalho em um CERSAM AD, ou CAPS AD como é chamado na maioria dos municípios do país, enquanto psicóloga negra, traz algumas reflexões de como temos que nos posicionarmos como agentes políticos e perceber que os corpos atendidos são corpos políticos. O olhar das pessoas

10 1 vídeo (8 min e 57s). Disponível em: https://youtu.be/avbOUVHr0QI?si=aCpF8XoWd7ckZ1Yk. Acesso em: 15 jul. 2025.

para uma mulher negra que se apresenta enquanto psicóloga de um serviço já traduz os preconceitos da sociedade para as mulheres negras, o que é entendido como ser profissional. A branquitude cria estereótipos que são vistos pelo viés de um padrão aceitável.

O CERSAM AD Venda Nova caracteriza-se como CAPS III, com atendimentos 24 horas à população maior de 18 anos que faz uso prejudicial de drogas. Está localizado na Regional Venda Nova em Belo Horizonte, atendendo as regionais Venda Nova e parte da regional Norte com uma equipe multiprofissional de trabalho. O CERSAM AD é um serviço territorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Belo Horizonte, atravessado pelos fatores sociais e articulação no território como *(SUS)tentação* do cuidado em liberdade. Os diversos saberes, construções de modalidades de atendimento a partir da escuta, articulação de rede de cuidados e de estratégias em saúde promovem o cuidado pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) regidos pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e, a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, chamada de Lei da Saúde Mental.

Um dos aportes para a escrita desse artigo foi o pré-projeto enviado para a seleção de Mestrado Acadêmico em Psicologia Social, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no núcleo de Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), que a autora teve sua aprovação recente. A partir da chamada deste manuscrito, fizemos modificações no pré-projeto aceito pela faculdade e, a partir da confluência, fizemos edições para escrever esse artigo.

Figura 1. CERSAM AD Venda Nova. Fonte: Arquivo pessoal (2025).

Resultados

As vezes paro e penso: qual a vantagem em excluir outras pessoas? Seja pelo baixo padrão de vida, a forma de se vesti, com quem namora, cabelo, jeito de ser, uso de drogas etc. Gostaria de entrar em um assunto muito importante, tanto em nosso país como em outras nações ao redor do mundo, as pessoas vêm assombrando a população negra, afro, preta! A indignação das pessoas pretas está aumentando a cada dia que se passa, a sociedade preconceituosa está crescendo também. Estão tão desesperadas que não percebem que os negros são pessoas como eles. No nosso país os governantes não tomam qualquer tipo de providência contra o preconceito. Caros amigos negros, o sangue que corre em suas veias corre nas minhas também. Vamos viver sempre gritando "NÃO AO PRECONCEITO"

> e não cansaremos de dizer que NUNCA iremos parar de lutar com esses que se "acham muita coisa". Custe o que custar estaremos sempre vivendo do nosso jeito, independente do julgamento de uns e de outros em qualquer lugar, porque todos não somos iguais! Continuaremos sendo nós mesmos independente de qualquer coisa que venha tentar nos impedir de sermos o que somos e o que sempre seremos. (Fileto et al., 2020, p. 6).

Os resultados que serão debatidos aqui nos direcionam para um encontro que está longe de ser visto como algo finalizado. O campo da saúde mental coletiva é construído diariamente por diferenças que alimentam divergências no campo psicossocial e subjetivo. Divergências que divergem no *escurecimento* de ideias, mas estranhamente conversam na realidade. O campo da saúde mental coletiva é composto por sujeitos que se *(SUS)tentam* e são desobedientes em aceitar viver em um país neoliberal que atira primeiro antes de perguntar.

O conto de um usuário do CERSAM AD, no começo do parágrafo, reforça a agilidade em falar sobre o impacto do racismo na vida das pessoas, principalmente, pessoas negras. Uma das funções de um serviço antimanicomial é o resgate e o fortalecimento do protagonismo de usuárias (os) que pelo impacto do racismo e alienação do estado, estão adormecidos ou esquecidos. A atividade alusiva ao 20 de novembro, dia da consciência negra, realizada pela equipe do CERSAM AD em 2020, foi palco para resistência de homens e mulheres negras a elaborarem seus sofrimentos, lutos e alegrias, pela expressão da arte e contos, em um trabalho coletivo.

A atividade contou com a equipe multiprofissional do CERSAM AD, como psiquiatra, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional entre outras. Uma equipe formada exclusivamente por mulheres é pautar a importância da discussão da interseccionalidade no campo de trabalho, não como uma mera formalidade e tópico no trabalho, mas como uma ferramenta analítica no campo social que transforma vidas. A discussão do gênero se torna necessária para reafirmar o cuidado em liberdade entre profissionais e usuárias do serviço.

O gênero é elemento importante na construção de PTS pois a construção de cuidado em saúde para mulheres é bem diferente para homens. Outro componente importante a ser levado em consideração é a raça. Mulheres negras tem em sua história a violação de direitos, violências em suas diversas formas e também, dentro de uma sociedade patriarcal, a mulher tem funções já preestabelecidas que muitas das vezes são replicadas no tratamento: o lugar da submissão, o retorno ao lar e o reforço da aparência ideal conforme os padrões do discurso predominante branco.

A preconcepção do que é ser mulher pode se traduzir em falas de profissionais como trabalhar o retorno dessa mulher ao lar e/ou casa, que é na maioria das vezes o lugar da violência de gênero. Uma pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2025) iniciada em 2017, mostrou na sua quinta edição, em 2025, que 21,4 milhões de brasileiras sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses, sendo a maioria das violências ocorridas dentro de suas próprias residências – correspondendo a 57% e realizada por quem a mulher tem alguma relação íntima de afeto ou cuidado. Então, como formar um plano terapêutico para a mulher que é vítima de violência dentro de sua própria casa? Como os profissionais de saúde do CERSAM AD podem intervir nesses casos? Existe diferenciação de proteção para a mulher branca da mulher negra que são vítimas de violências de gênero?

No entanto, o que é visto são propostas manicomiais que não são construídas juntos às mulheres, como alisamento do cabelo e maquiagens em tons de pele destoantes da pele negra. Além disso, é incentivado a abstinência do uso de drogas e a execução de atividades no ambiente do lar, se contrapondo a relatos de mulheres que dizem ser vítimas de violência. Ora, uma equipe multiprofissional deve levar em consideração marcadores sociais que são profundamente atravessados no tratamento de saúde mental, como raça/cor, gênero, sexo e território. É necessário que haja a inserção na cultura, no mercado de trabalho, em movimentos sociais e em espaços mais amplos do território como estratégias de cuidado e fortalecimento de rede para as mulheres.

A escuta do sofrimento, da história de vida e o acolhimento são processos de construção de subjetividades e de projetos de vida importantes para efetivar a Redução de Danos (RD) no campo da saúde e principalmente, na saúde mental coletiva.

> Se conseguirmos pensar que os modelos de tratamento oferecidos aos usuários de drogas estão fundamentados em uma visão de mundo construída historicamente, que não só estabelece as categorias de aceitabilidade ou acusação específicas do nosso grupo social, mas também o faz de uma maneira subterrânea, que não fornece abertura aos atores sociais para um pensar-se sobre si mesmos, num processo elucidativo; poderemos começar a aceitar a ideia de um novo paradigma que informe a construção da aceitabilidade de novos modelos de atendimento aos usuários de drogas. (Queiroz, 2007 p. 154).

O primeiro CAPS do Brasil é da década de 80 na cidade de Santos, São Paulo (SP). Desde então, muitos outros serviços de saúde mental foram criados e atualmente compõem a rede de serviços do SUS, funcionando com os princípios portados na Lei Orgânica da Saúde e baseados na Lei da Saúde Mental, que também é chamada de Paulo Delgado e/ou Reforma Psiquiátrica, instruída pelo Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Todas essas legislações só foram possíveis devido à redemocratização ocorrida no Brasil a partir da década de 80, com a nova Constituição Magna da República Federativa do Brasil, de 1988.

A Lei Nº 10.216 é um dos grandes resultados para a construção de uma sociedade livre de manicômios pois estabelece que o sujeito *louco* não deve ser marginalizado e nem criminalizado pela sua *loucura*. A partir dessa lei, a (o) *louca (o)* possui direitos e deveres na sociedade brasileira, redirecionando o modelo de cuidado a quem possui sofrimentos mentais. (Brasil, 2001).

Outro ponto fundamental desta lei é enfatizar que o tratamento para quem possui sofrimento mental grave e/ou persistente não é pelo viés da internação e, sim, por uma rede de serviços que devem gerir o funcionamento

para a proteção e cuidado em saúde mental, ficando o serviço de internação disponível somente "quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes". (Brasil, 2001, p. 1).

No ano seguinte, foi criada a portaria que iria regulamentar os serviços para o atendimento a quem usasse de forma prejudicial álcool e outras drogas, além de outras modalidades de atendimento na saúde mental. A Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 cria os diferentes regimentos para os CAPS, a partir de sua complexidade e abrangência no território, sendo CAPS I, II e III direcionado para tratamento de saúde mental grave e/ou persistente, CAPS ij para atendimento a crianças e adolescentes e CAPS AD, para usuários de álcool e outras drogas. (Brasil, 2002).

Como mencionado acima, as atividades oferecidas pelo CERSAM AD vão de atendimento individual ao coletivo, corroborando com a Portaria de criação dos CAPS. Outras atividades também são mencionadas na legislação, como "visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social". (Brasil, 2002, p. 5).

A sociedade, em seus diversos discursos, percebe pessoas que fazem uso de drogas com uma visão higienista, religiosa, punitivista e proibicionista. Conforme Isabela Queiroz diz (2007, p. 153): "já o modelo médico ou de doença identifica o uso de drogas como uma doença biológica/genética que requer tratamento e reabilitação". Isso, por vezes, causa tensões e construções equivocadas mesmo entre usuários (as), profissionais e famílias. A tentativa é de romper com a exclusão de sujeitos e ampliar as possibilidades, a visão de mundo e novas escolhas.

Usuários (as) de drogas eram trancadas em manicômios e não recebiam o devido acompanhamento e muito menos escuta. Mesmo que o uso não fosse prejudicial, era proibido o uso de qualquer droga em torno da cidade, especificamente, se fosse um corpo negro. Eram excluídos (as) do convívio e o uso da substância química era considerado doença.

Dentro da lógica proposta por essa visão da sociedade, há que se indagar sobre o que é esperado em um tratamento para pessoas que fazem uso de drogas, levando em consideração o que predomina no discurso proibicionista no uso lícito e/ou ilícito.

> Doente, criminoso, consumidor, traficante, são estigmas que se constituem com as práticas que controlam não só os fluxos de drogas, mas a vida de minorias marginalizadas. O conceito de fluxo de drogas nos permite entender as drogas como um problema não só químico, mas subjetivo e político, deslocando nossa análise da substância em si e focalizando os modos de sujeição que são atribuídos às drogas. O Estado criou modos de controlar os territórios miseráveis que o próprio avanço da nação não para de produzir e que, incessantemente, transbordam os limites impostos pelos dispositivos do controle. O processo de reterritorialização pode se dar tanto pelas práticas coercitivas do próprio Estado quanto pela produção de subjetividade consumista que arrasta milhares de vidas a investimentos mortíferos, seja na condição de consumidor compulsivo de drogas, ou na condição de integrante das linhas de combate do tráfico de drogas. (Paula, 2022, p. 190).

O tratamento proposto nos CAPS ou CERSAM, como são chamados em Belo Horizonte, considera a lógica da RD em seu modelo de cuidado e como uma postura ética frente aos sujeitos que procuram por tratamento:

> Como alternativa aos modelos tradicionais – jurídico-moral e médico/de doença – a partir de meados da década de 80, um outro modelo ganha expressividade, impulsionado pelo crescimento do número de infecções pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis na Europa. Este modelo, fundamentado na redução dos danos decorrentes do uso de drogas e de outros comportamentos de risco, desvia a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento aditivo (...) Além disso, em contraste com o modelo de doença, que vê o uso de drogas como uma patologia e a abstinência como única meta aceitável do tratamento, o modelo de redução de danos oferece uma ampla variedade de procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do

> comportamento aditivo. A compreensão destes modelos de discurso sobre drogas é fundamental para a compreensão do uso de drogas como uma modalidade de construção social da realidade e para um dimensionamento adequado da questão. (Queiroz, 2007 p. 153-154).

A política de RD é participativa e coletiva, no qual os/as usuários (as) são protagonistas das construções de estratégias e a implicação dos sujeitos pelo próprio tratamento considera as particularidades que cada usuário (a) possui, na qual, busca-se a insistência na narrativa para além do uso da droga. A filosofia da RD declama o cuidado com o sujeito em primeiro plano e os efeitos/uso das drogas, em segundo. Os pesquisadores Silva e Lyra (2019, p. 67) nos dão pistas sobre a relação entre saúde mental e mulheres.

Nesse sentido, a noção de saúde mental elaborada e trabalhada neste texto também é ampliada, compreendendo não só os transtornos, sinais e sintomas produzidos e compreendidos pelas ciências psi, mas também a vasta gama de angústias, aflições e manifestações que compõem a experiência das mulheres cujas histórias fundamentaram a construção deste trabalho.

Iniciaremos então, a partir da experiência de uma trabalhadora de saúde mental do CERSAM AD, psicóloga e mulher negra, algumas reflexões sobre saúde mental de mulheres negras que fazem uso de drogas e que vivem em contextos de vulnerabilidades sociais e subjetivas importantes pois, "são raros os estudos que abordam a relação entre guerra às drogas e a saúde mental das mulheres negras". (Ferrugem; Gershenson, 2020, p. 213).

> Enquanto a escrava de eito foi utilizada para, com o seu trabalho, enriquecer os senhores escravistas e fortalecer tipo de sistema econômico imposto pelos portugueses, a mucama foi utilizada para garantir o lazer e o bem-estar de seus senhores: de sua senhora, na medida em que lhe cabia todo o trabalho doméstico, além de cuidar das crianças brancas desde o seu nascimento (foi por aí, enquanto ama de leite e babá, que ela se transformou na famosa mãe preta); de seu senhor, na medida em que era utilizada como objeto de sua violência sexual. É por aí que a gente deve entender que esse papo

> de que a miscigenação é a prova da "democracia racial" brasileira não está com nada. Na verdade, o grande contingente de brasileiros mestiços resultou de estupro, de violentação, de manipulação sexual da escrava. Por isso existem os preconceitos e os mitos relativos à mulher negra: de que ela é "mulher fácil", de que é "boa de cama" (mito da mulata) etc. e tal. (Gonzalez, 2020a, p. 202).

No Dia Internacional da Mulher, comemorado nacionalmente em 08 de março, a equipe do CERSAM AD elaborou uma programação da Semana da Mulher, que ocorreu nos dias 08 a 10 de março, de 2021. As atividades contavam com a participação massiva de usuárias e equipes do serviço, que continham realização de grupos entre mulheres, bate papo sobre direitos, cuidados com a beleza como corte de cabelo e manicure, além de reforçar a prevenção da saúde contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e outras doenças. A realização dessa atividade, durante a *Sindemia* da COVID-19, levando em consideração o aparato social e responsável de segurança entre as participantes, garantiu a efetivação do direito ao cuidado entre pares. Um cuidado coletivo. Um cuidado entre mulheres.

É por isso, que apostamos na etnografia para caminhar junto, pela confluência entre a autora no seu campo de trabalho em um serviço antimanicomial, sua militância na saúde mental, sua representatividade como mulher negra e sua *insubordinação* ao sistema neoliberal que diariamente mata corpos negros. Essa desobediência é uma alternativa em se *(SUS)tentar* junto a coletivos que imaginam um país que seja efetivamente democrático na lei e na prática.

Porém, criar modos de vida tem sido um dos desafios do tratamento em saúde mental coletiva no campo álcool e outras drogas e, para isso, devemos promover tratamentos baseados no protagonismo, autonomia e cuidado em liberdade para usuários e usuárias do serviço que tem suas vidas e histórias roubadas pelo racismo institucional e estrutural do Estado.

Considerar que o racismo faz parte da "sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira" (Gonzalez, 2020b, p. 76) é fundamental para

romper com o mito da democracia racial. O Brasil foi erguido e transformado a partir da morte de centenas de povos indígenas, africanos e de mulheres que trabalhavam em condições desumanas para a "Expansão Européia" (Kilomba, 2019, p. 155). O processo de formação do Brasil acontece a partir da confluência de várias etnias indígenas e de povos que convivem nas florestas, nas águas e nos campos, garantindo uma diversidade plural, étnica, cultural e simbólica.

Contudo, entre a população negra, são as mulheres negras que sentem a violência estrutural e institucional do racismo de forma mais incidente. Ao legitimar que o racismo é uma simbologia de um marco estrutural de violência e morte pelo Estado, nós, "enquanto mulheres negras, sentimos a necessidade de aprofundar nossa reflexão, em vez de continuarmos na reprodução e repetição dos modelos que nos eram oferecidos pelo esforço de investigação das ciências sociais". (Gonzalez, 2020b, p. 77).

Figura 2. Semana da Mulher: CERSAM AD Venda Nova

Fonte: Rubia Rubia (arquivo pessoal, 2020).

É cada vez mais evidente os impactos do racismo na saúde da população negra e especificamente, no corpo de mulheres negras, na qual sofrem a triple violência institucional do Estado: machismo, patriarcado e sexismo, que se alinham a um sistema econômico que visa o lucro e o individualismo das pessoas, constituindo assim, sujeitos sem histórias. Histórias que mulheres trazem em seus discursos e são marcadas pela diferença no olhar sobre o papel desempenhado por elas, sobre a função social a qual a sociedade designa a elas e principalmente, cabendo à mulher negra esses papéis muito marcados nas relações de gênero.

No caso de mulheres negras usuárias drogas, a confluência entre racismo, feminismo e uso de drogas é muito mais evidente nas histórias que se apresentam em atendimentos:

> A intersecção entre o racismo, o sexismo e o ódio de classe que atingem as mulheres negras podem assumir variadas formas, tornando a vida de uma mulher que vive na periferia uma experiência diferente de uma intelectual negra, mas ambas não escapam ao racismo e às investidas cotidianas de extermínio do capitalismo, que inclusive atua de forma simbólica, que é parte e expressão das estratégias de acumulação infinita do capital em uma ordem social em que as desigualdades são banalizadas e consideradas inexoráveis, mesmo pelo senso comum. (Ferrugem; Gershenson, 2020 p. 203).

É importante exterminar o mito da democracia racial e afirmar o curso de um genocídio negro da população brasileira (Nascimento, 2016) que mata diariamente pessoas negras nas cidades, mas, essencialmente, nos locais que o negro foi empurrado pela sociedade a partir do "fim" da escravidão, com a Lei real que extinguiu o trabalho em condição de escravidão, em 13 de maio de 1888. Baixadas, periferias, favelas, palafitas são sinônimas que se confluem como locais de resistência do povo preto. Locais assim como os Quilombos, resistem ao apagamento e silenciamento do povo preto na sociedade brasileira.

Pautar o tema da interseccionalidade como uma ferramenta analítica que transforma mundos e colocar em prática a "relacionalidade radical e

a reciprocidade profunda uns com os outros e com os seres não humanos, animados e inanimados" (Collins; Bilge, 2021, p. 258-259) é corresponder um trabalho que deve confluir entre diferentes sujeitos, que possuem saberes e experiências de vidas únicas. A interseccionalidade pode auxiliar a construção de PTS que pluralizam as subjetividades de mulheres negras que são atendidas no CERSAM AD, pois confluem informações que não se ancoram somente na saúde, mas sim, na educação, na moradia, nas condições de vida, no acesso a educação, na alimentação entre outras. A interseccionalidade deve funcionar como uma ponte para a garantia de direitos de mulheres negras usuárias de drogas que além de sofrer com o racismo, são vítimas do machismo, patriarcado e sexismo, além de outras violências.

Uma forma para efetivar o saber que mulheres negras trazem consigo, é garantir o protagonismo em seu próprio tratamento. A Escola Livre de Redução de Danos[11] é uma organização política profissional de RD e direitos humanos em Pernambuco, que atua como um espaço aberto para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, integrando a RAPS em seu território. Suas atividades se direcionam ao modelo de cuidado em liberdade, garantindo a participação social de usuárias e usuários que estão à margem da sociedade. Em 2024, lançaram a cartilha "Mulheres que usam drogas e o direito ao cuidado: experiências de Redução de Danos com abordagem de gênero e raça em Pernambuco", que entre outras discussões, trazem dez pontos para ajudar instituições, entidades sociais e poderes públicos para garantir o cuidado e acolhimento a mulheres que fazem uso de drogas.

O documento reforça que entre os públicos que fazem uso de drogas, as pessoas mais vulneráveis são as mulheres negras, cis, trans e travestis, a partir da experiência que tiveram no Centro de Convivência. É essencial que essas mulheres tenham acesso à segurança, à saúde e às informações seguras sobre o uso de drogas. (Escola Livre sobre Redução de Danos, 2024, p. 58-60).

11 Instagram: @escolalivrerd. Disponível em: https://www.instagram.com/escolalivrerd/. Acesso em: 17 dez. 2025.

1. Baixa exigência - Uma das principais causas da não adesão das mulheres aos serviços de cuidado são as altas exigências para acessar o cuidado, desde pedidos de mudanças de comportamento até burocratização desse acesso. A política de cuidado deve ser oferecida de forma aberta, ampla e contando sempre com a construção dos acordos coletivos para acesso aos serviços e às políticas;
2. Acolhimento sem estigma e punição - As pessoas que fazem uso de drogas vivenciam, desde o início das políticas de proibição, um estigma violento que as impede de serem reconhecidas como cidadãs. As políticas de cuidado, portanto, não podem reproduzir os modelos punitivistas baseados em preconceitos morais e individuais. A política pública representa a construção de uma estratégia para todas e todos. Há mais de 10 anos a Campanha Internacional Acolha Não Puna tem centrado energia em dar apoio à redução de danos e políticas de drogas que priorizam a saúde pública e os direitos humanos;
3. Escuta ativa - A escuta, com certeza, é uma das principais chaves para criação do vínculo e estabelecimento de processos de tratamento, mudança de comportamentos e fortalecimento da cidadania das mulheres usuárias de drogas;
4. Cuidado em Liberdade - É um modelo de atendimento que visa garantir o acolhimento, tratamento e acompanhamento dessas pessoas de forma humanizada e inseridas na sociedade;
5. Acolhimento específico - É preciso que os serviços sejam capazes de propiciar espaços e turnos específicos para mulheres, como forma de proteção a mecanismos e esquemas sociais de funcionamento de homens héteros que promovem o constrangimento, a coerção, a dominância e a regulação corporal e postural de mulheres;
6. Fortalecimento da cidadania - Explorar o desenvolvimento e fortalecimento social e pessoal de mulheres para que possam ampliar a autonomia e autoestima, como formas de promover a inclusão social,

autoconhecimento e acesso a direitos por meio de aprendizagens;

7. Acesso à formação - Promover a formação política, crítica e histórica, para ampliação do conhecimento acerca dos direitos humanos e fatores sociais e opressões que atravessam a vida das mulheres, tornando-as mais conscientes de tais processos institucionais e instrumentando-as para melhor capacitação ao acesso a direitos de saúde e sociais;
8. Equipes preparadas e com qualidade de trabalho - Garantia dos direitos dos trabalhadores, estrutura física adequada e treinamentos com as equipes dos serviços como forma de melhorar o acolhimento de mulheres cis e trans usuárias de drogas nos serviços;
9. Redução de danos entre pares - Contratação de mulheres, pessoas trans, negras e usuárias de drogas para realização do trabalho entre pares nos serviços e nos territórios de redução de danos e acolhimento para pessoas que usam drogas;
10. Abordagem interseccional - Um olhar para as mulheres usuárias em suas diversidades e, assim, reconhecer as suas necessidades, construindo assim uma política de drogas pautada nos compromissos com a reparação histórica de pessoas afetadas pela guerra às drogas, antirracismo, igualdade de gênero e o fim da pobreza.

No campo do cuidado da Saúde Mental Coletiva, é preciso se posicionar diante de questões sociais e subjetivas que convocam a pensar o modelo de sociedade que vigora na atualidade. Produzir saúde e sua ampliação de conceito traz debates importantes e coloca em jogo a forma como percebemos os sujeitos, em sua totalidade e em suas formas de lidar com o sofrimento psíquico, além do uso de drogas entrar em consequência de violações de direitos desde a tenra infância da população negra do país.

Ser mulher e ser mulher negra dentro de uma sociedade patriarcal, com modelos e padrões da branquitude é ser "eleita" como um corpo "matável", um

corpo objetificado, um corpo que existe para funções específicas na sociedade. Durante a colonização e escravização do corpo negro se naturalizou que a dor negra faz parte da sociedade (Passos, 2023). A invisibilidade e a maneira como essa mulher percebe a si tornam o lugar de ser mulher uma constante luta pela busca de identidade e um papel social de protagonismo e autonomia.

As políticas públicas têm por objetivo a garantia de direitos e o acesso às políticas, principalmente de saúde, nas quais é direito de todo cidadão e cidadã brasileira. Contribuir para promoção da saúde, para a construção de ambientes saudáveis são objetivos que os profissionais de saúde devem incluir em seu trabalho com a população atendida. A efetivação de um PTS que considere o território e marcadores sociais como gênero, classe social e cor/raça são fundamentais para garantir o cuidado em liberdade.

No tratamento oferecido às pessoas que fazem uso de drogas e especificamente, o cuidado oferecido às mulheres negras, é importante considerar na escuta dos profissionais qual a história que essa mulher apresenta, quais são as suas vivências e qual contexto no qual ela vive, quais laços são fortalecidos, quais desafios enfrenta no cotidiano e quais suas perspectivas diante do futuro devem ser orientadoras na construção de um projeto que seja terapêutico e singular.

> Espera-se que o CAPS valorize e priorize as tecnologias leves ou relacionais com todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Tais tecnologias, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e autonomia, possibilitam a manifestação da subjetividade do usuário e potencializam as ações de fortalecimento do sujeito e seu grupo familiar, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida. A promoção da contratualidade, dessa forma, envolve o acompanhamento por meio da equipe do CAPS dos usuários em seus cenários da vida cotidiana ou redes sociais – casa, trabalho,

> iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia. (Conselho Federal de Psicologia, 2022, p. 82-83).

A construção do cuidado em rede e de forma intersetorial está em pauta no cotidiano dos profissionais de saúde que trabalham em unidades de saúde mental no Município de Belo Horizonte. A construção da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte de forma horizontal, coletiva e com participação de movimentos sociais, usuários (as), familiares, trabalhadores (as) e gestão promove a inclusão pela via da cidadania de sujeitos excluídos e encarcerados por longos anos. Coletivos como Fórum Mineiro de Saúde Mental[12] (FMSM) fortalecem a luta antimanicomial e defesa de uma reforma psiquiátrica que seja inclusiva para diversos povos e sujeitos.

Vimos ao longo deste artigo a importância dos profissionais de saúde do CERSAM AD em incluir pautas interseccionais para a plena garantia de direitos de mulheres negras que buscam atendimentos. A renovação do protagonismo dessas mulheres se dá pelo trabalho coletivo, junto a profissionais, gestão e movimentos sociais, como atividades realizadas no dia da consciência negra e dia nacional da mulher. O trabalho no CERSAM AD com o grupo de mulheres inicia-se a partir de percepções de trabalhadoras do serviço em atender mulheres, em sua maioria negras, que traziam nos atendimentos relatos de violência sofrida em casa, retornos a ambientes hostis, dificuldades em lidar com a pressão de diversos afazeres e cobranças do lugar social do que é ser mulher.

A luta diária para fortalecer uma atenção psicossocial que seja "antimanicomial, antirracista e decolonial" (Passos, 2023, p. 117) acontece nas disputas nos espaços micro e macropolítico. As relações de poder desiguais

12 Instagram: @forummineiro. Disponível em: https://www.instagram.com/forummineiro/. Acesso em: 09 jun. 2025.

intensificam violências contra mulheres, colocando-as em espaço de controle e marginalização. A representatividade e lugar de fala são essenciais para garantir cuidados que sejam pautados no respeito, na diversidade e no afeto.

Referências

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Editora Brasil Debates: São Paulo, 1979.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos pagu**, Campinas, n. 26, pp. 329-376, jan/jun. 2006.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. 06 de abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos CAPS**. 19 de fev. 2002.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília: CFP, 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf. Acesso em: 09 jun. 2025.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Aquilombamento da saúde mental**: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

ESCOLA LIVRE DE REDUÇÃO DE DANOS. **Mulheres que usam drogas e o direito ao cuidado**: experiências de Redução de Danos com abordagem de gênero e raça em Pernambuco. Apoio: Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga/Ministério da Justiça / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD, através do Edital "BRA/15/009 – Aprimoramento da Gestão Nacional das Políticas sobre Drogas e Desenvolvimento Humano, Recife, 2024.

FILETO, Vanessa *et al.* CERSAMOS. 1. ed. **Revista Eletrônica:** CERSAM AD Pampulha/ Venda Nova, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 5. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASCIMENTO, Maria Beatriz. **O negro visto por ele mesmo**. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

FERRUGEM, Daniela; GERSHENSON, Beatriz. Guerra às drogas em contexto de pandemia: repercussões na saúde mental das mulheres negras. *In*: GOMES, Tathiana Meyre da Silva Gomes; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira (org.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do serviço social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

GAMA, Fabiene; RAIMONDI, Gustavo Antonio; BARROS, Nelson Filice de. Apresentação - Autoetnografias, escritas de si e; produções de conhecimentos corporificadas (Dossiê). **Sexualidad, Salud y Sociedad** - **Revista Latinoamericana** [online]. n. 37, pp. 1-10. 2021.

GONZALEZ, Lélia. Democracia racial? Nada disso! *In*: RIOS, Flávia.; LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo afro-latino-americano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020a. p. 201-204.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In*: RIOS, Flávia.; LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo afro-latino-americano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020b. p. 77-93.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação:** episódios de racismo cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

ROSFOGUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n.1, pp. 25-49, jan/abr. 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia. **"Na mira do fuzil"**: a saúde mental das mulheres negras em questão. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

PAULA, Tadeu de. **Guerra às drogas e redução de danos**: nas encruzilhadas do SUS. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Adoção de Ações de Redução de Danos Direcionadas aos Usuários de Drogas: Concepções e Valores de Equipes do Programa de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n. 1, p. 152-163, mar/ago. 2007.

SILVA, Jorge Luiz da; LYRA, Jorge. Gênero e saúde mental nas tramas sociais: violências e seus efeitos na autonomia das mulheres. *In*: MEDRADO, Benedito; silva, Marcela Montalvão (org.). **Problemas, controvérsias e desafios atuais em psicologia social**. Porto Alegre: Abrapso, 2019.

SPRY, Tami. Bodies of/as evidence in autoethnography. **International Review of Qualitative Research**, v.1, n. 4, pp: 603-610. 2009.

Capítulo 19

Trabalhadores em *carne e osso*: narrativas sobre a exploração do trabalho nos frigoríficos e seus impactos na saúde coletiva

Pedro Paulo Scremin Martins
Matheus Leoni Dultra Brasil
Juliana Cipriano de Arma
Douglas Francisco Kovaleski

Introdução

A indústria frigorífica brasileira ocupa uma posição de destaque no agronegócio nacional, sendo um dos principais setores de exportação. No entanto, por trás desse sucesso econômico, oculta-se uma realidade de condições laborais precárias, que impactam negativamente a saúde física e mental dos trabalhadores. A exploração capitalista do trabalho no setor de carnes contribui para que esse segmento seja o terceiro item da balança de exportação do agronegócio brasileiro, tornando o Brasil o segundo maior exportador de carne bovina do mundo, atrás somente dos Estados Unidos

(Brasil, 20124). Esse modelo se sustenta à custa da superexploração dos trabalhadores, em detrimento de sua saúde, bem-estar e dignidade humana. Como apontam (Petean, Benini, Nemirovsky, 2021, p. 465), esse "desempenho econômico positivo e a eficiência produtiva do setor ocorrem simultaneamente ao aumento gradativo do adoecimento dos trabalhadores", tratados pelo setor como facilmente substituíveis.

Embora o neoliberalismo tenha promovido a transição para modelos mais flexíveis de organização do trabalho, como o toyotismo, a agroindústria frigorífica mantém a lógica produtiva taylorista-fordista. Fundamentado na "economia de tempo de execução do trabalho, aumento da produtividade e acúmulo de capital" (Biasi; Rantichieri, 2022, p. 148), continua vigente no setor com consequências para a saúde dos trabalhadores, conforme identificado em diversos estudos sobre o tema (Machafo; Morofuse; Martins, 2016; Marra; Cohen; Cardoso, 2019; Petean; Benini; Nemirovsky, 2021).

Nesse contexto, o documentário *Carne e Osso: um retrato do trabalho nos frigoríficos brasileiros* (Cavechini et al., 2011) mantém sua relevância ao expor problemas estruturais persistentes na indústria abatedouro-frigorífica, setor que lidera os índices de acidentes e doenças ocupacionais (Barros, 2021). Além de oferecer uma análise detalhada da organização do trabalho industrial de produção de carne, o filme revela a relação entre as condições laborais e seus impactos na saúde individual e coletiva. Esses aspectos são centrais nos relatos dos trabalhadores (Lima, 2024; Biasi, Rantichieri, 2022), permitindo reflexões sobre as "contradições do capitalismo avançado" (Gagnebin, 2013, p. 6), especialmente o paradoxo de um sistema industrial modernizado que, ao mesmo tempo, mantém uma organização do trabalho antiquada e prejudicial ao bem-estar dos trabalhadores. Enquanto o discurso oficial enxerga o progresso, a leitura crítica evidencia as ruínas deixadas pelo avanço produtivo e as vítimas do capitalismo.

A atualidade do documentário se deve à capacidade de transformar a experiência dos trabalhadores em narrativas, "transformando isso outra vez em experiência dos que ouvem suas histórias" (Benjamin, 1980, p. 60) e

produzindo coletivamente sentidos aos discursos que emergem (Ceccon et al., 2022). Para Benjamin (1980), "a narração tem como alvo a transformação do presente" (Ceccon et al., 2022) ao responder à exigência de uma nova história manifesta nos paradoxos da modernidade e nas contradições do capitalismo (Gagnebin, 2013, p. 56), convergindo num discurso coletivo sobre o sofrimento comum da classe trabalhadora nos frigoríficos — uma classe historicamente silenciada pela hierarquia opressora da indústria capitalista moderna.

Nesta análise crítica, examinam-se as narrativas dos trabalhadores à luz da distinção entre "vivência" *(Erlebnis)* "experiência" *(Erfahrung*), conforme elaborada por Walter Benjamin (Gagnebin, 2013). Essa diferenciação é central no pensamento benjaminiano, especialmente em ensaios como *Alguns temas sobre Baudelaire* e *O narrador.* Para Benjamin (1980), a modernidade trouxe transformações profundas nas estruturas sociais, econômicas e culturais, afetando a maneira como os indivíduos percebem e compartilham suas experiências. O ritmo acelerado da vida urbana moderna, impulsionado pela industrialização e pela lógica capitalista, gerou um empobrecimento da experiência — processo aprofundado no contexto da Primeira Guerra Mundial e da ascensão do fascismo — substituindo-a por vivências fragmentadas e fugazes.

Assim, Benjamin estabelece um contraste entre a experiência tradicional, transmitida por meio da narração e enraizada na continuidade histórica, e a vivência, caracterizada pela descontinuidade, pela reação imediata a estímulos e pela ausência de reflexão. A vivência, segundo Benjamin (1980), é individual, dispersa e automática, composta por acontecimentos triviais e rotineiros ou por eventos isolados desprovidos de significado, que não se integram em um saber coletivo. Trata-se de um fluxo de impressões rápidas e desarticuladas, como ocorre na exposição contínua aos estímulos sensoriais da vida urbana ou no trabalho fabril, onde o operário desempenha tarefas repetitivas sem estabelecer vínculo significativo com o processo produtivo.

Nos frigoríficos, os trabalhadores realizam, freneticamente, até 18 movimentos em 15 segundos para desossar uma coxa de frango (Cavechini,

2011), submetendo-se a uma rotina exaustiva que inclui jornadas prolongadas e horas extras nem sempre remuneradas (Petean, Benini, Nemirovsky, 2021). Essas atividades, desempenhadas sob intensa pressão, caracterizam um cotidiano de vivências automáticas e desgastantes, que comprometem tanto o corpo quanto a psiquê. Trata-se daquilo que Benjamin define como a "oposição radical entre a vida e o autômato", isto é, "a transformação do proletário em autômato (...) semelhante aos gestos autômatos dos passantes na multidão" (Löwy, 2005, p. 27). Os trabalhadores industriais não conhecem mais a experiência autêntica *(Etfahrung),* enraizada na memória de uma tradição cultural e histórica. Restam-lhes vivências imediatas *(Erlebnis)* e a experiência do choque (*Chockerlebnis)*, que lhes provoca um comportamento reativo de automatizado, liquidando completamente a sua memória (Benjamin apud Löwy, 2005, p. 28).

Entretanto, Benjamin (1980) sugere que a vivência pode ser transformada em experiência quando há um esforço de elaboração e narração, especialmente de acontecimentos extraordinários vividos. A narração permite que vivências individuais se tornem experiências coletivas. A experiência, por sua vez, pressupõe continuidade e transmissão do conhecimento, convertendo acontecimentos dispersos da vida cotidiana em um saber compartilhável e dotado de significado. Diferente da informação fragmentada e efêmera da modernidade, a experiência tem um caráter reflexivo e pedagógico, sendo tradicionalmente transmitida pelo narrador como uma forma artesanal de comunicação. No entanto, com o avanço do capitalismo industrial e o trabalho mecanizado, essa função foi progressivamente esvaziada e substituída pela lógica da informação midiática como forma de comunicação predominante.

Em *Carne e Osso*, a transformação da vivência em experiência ocorre por meio dos relatos dos trabalhadores, que ressignificam seus sofrimentos ao narrá-los. Episódios marcantes, como "o dia em que o trabalhador Luna teve o braço amputado pela serra" ou "o momento em que Valdirene teve a mão atrofiada a ponto de não conseguir mais abrir", emergem como experiências dotadas de

significado, integrando-se a um discurso coletivo sobre as condições degradantes do trabalho no abatedouro-industrial. Essa conversão da vivência isolada em experiência compartilhada rompe, ainda que temporariamente, o silenciamento imposto pela lógica produtivista da estrutura fabril de produção de carne.

Considerando essa distinção entre "vivência" e "experiência", este estudo estrutura a análise dos depoimentos em três grandes eixos temáticos, relacionando-os ao modo capitalista de produção. Para tanto, adota-se a metodologia de "narrativas em saúde coletiva" (Ceccon et al., 2022), articulada ao referencial teórico da determinação social da saúde e da promoção da saúde em uma perspectiva crítica. Nessa abordagem, reconhece-se que o trabalho e a renda são fatores determinantes da saúde e as condições de vida e trabalho são estruturantes das desigualdades sociais em saúde (Antunes, 2015).

Diante desse cenário, questiona-se: como a organização taylorista/fordista do trabalho nos frigoríficos, baseada na lógica produtiva capitalista, influencia as condições de saúde dos trabalhadores?

A partir da diferenciação estabelecida por Walter Benjamin entre *vivência* e *experiência*, a pesquisa busca identificar como as condições de trabalho nos frigoríficos, marcadas pela exploração, alienação e dominação de classe, são assimiladas pelos trabalhadores e ressignificadas por meio da narração de experiências, problematizando os impactos desse modelo produtivo sobre a saúde dos trabalhadores e suas implicações para as desigualdades sociais em saúde. Além disso, pretende-se demonstrar como a análise narrativa, na perspectiva histórica benjaminiana, pode contribuir para a compreensão e ressignificação das experiências narradas pelos trabalhadores em *Carne e Osso*.

Metodologia

A pesquisa foi planejada com base na análise de relatos dos trabalhadores e trabalhadoras da indústria frigorífica, considerando suas experiências

como fontes primárias de dados. Para isso, utilizou-se a *metodologia de narrativas em saúde coletiva*, conforme proposta por Ceccon et al. (2022), na perspectiva histórica benjaminiana, que, "ao valorizar os problemas secundarizados pelas vertentes hegemônicas do conhecimento" (Ceccon et al., 2022, p. 103), tem o potencial de transformar vivências fragmentadas em experiências compartilhadas e socialmente significativas. Essa abordagem permite compreender a experiência de forma dialógica, reconhecendo o ato de narrar como um fenômeno social que confere sentido crítico à vivência dos indivíduos. Nesse sentido, utilizam-se os depoimentos dos trabalhadores para se compreender as dimensões físicas, psicológicas e sociais envolvidas no trabalho, destacando a relevância da metodologia narrativa para a pesquisa qualitativa em saúde coletiva.

Os participantes da pesquisa são trabalhadores da indústria frigorífica cujos testemunhos estão presentes no documentário (Cavechini et al., 2011). Optou-se por analisar três grandes categorias temáticas que emergem dessas experiências compartilhadas, estruturando a discussão teórica e conceitual da seguinte forma:

1. organização taylorista/fordista do trabalho;
2. lesões físicas por "acidentes" e por esforço repetitivo (LER/DORT);
3. transtornos mentais e pressão psicológica.

A escolha dessas categorias decorre da necessidade de compreender não apenas as condições materiais do trabalho nos frigoríficos, mas também como essas vivências se tornam experiências compartilháveis e politicamente significativas.

Realizou-se por meio da análise narrativa das experiências apresentadas em *Carne e Osso* e seguiu as seguintes etapas:

1. seleção dos relatos — identificação dos trechos que apresentam relatos diretos dos trabalhadores relacionados às categorias temáticas;
2. transcrição das falas — organização dos relatos dos entrevistados,

preservando sua estrutura original para garantir a autenticidade do discurso;

3. análise das experiências — limitou-se à primeira instância narrativa, buscando, a partir dos sentidos, significados, discursos e conteúdo que emergiram das falas dos entrevistados, expressar a vida autêntica, individual e coletiva (Ceccon et al., 2022, p. 90). Esse modo de narrar pode auxiliar na compreensão dos problemas relacionados às necessidades dos trabalhadores, oportunizando sua fala enquanto sujeitos historicamente excluídos da sociedade e sem direito a participação, lançando luz sobre os indivíduos, o contexto e o tempo (Ceccon et al., 2022, p. 110).
4. interpretação crítica — as experiências, examinadas à luz da teoria materialista-histórica de Walter Benjamin, na sua vertente marxiana, foram interpretadas consoante com o impacto da fragmentação da experiência na modernidade e o potencial da narração para "despertar nosso olhar para formas insurgentes de (re)existir e (re)viver nos contextos de saúde coletiva" (Ceccon et al., 2022, p. 106). Em suma, a metodologia de narrativas permite compreender os acontecimentos e os discursos que emergem da narração, tanto como método quanto como fenômeno de estudo (Ceccon et al., 2022, p. 107).

Resultados e discussão

Narrativa 1. Produção taylorista/fordista e exploração capitalista do trabalho.

O documentário *Carne e Osso* inicia-se com relatos de trabalhadores sobre o ritmo acelerado da linha de produção em série, uma dinâmica

corroborada pelas imagens das esteiras, determinando a intensidade do trabalho. A compreensão desse sistema produtivo, originalmente concebido para maximizar a exploração capitalista da força de trabalho, predominantemente masculina, é fundamental para interpretar o cotidiano dos frigoríficos, seus métodos de intensificação da produtividade e o consequente adoecimento dos operários (Pinto, 2010).

Já nos primeiros minutos do filme, informa-se que as imagens não foram aceleradas nem desaceleradas, precisamente para demonstrar a intensidade real da exploração imposta aos trabalhadores. As narrativas apresentadas nesse momento evidenciam o esforço extremo necessário para vencer a velocidade das máquinas, configurando uma dinâmica que exige a canalização de toda a energia disponível para acompanhar o ritmo imposto pela linha de produção:

> *"Aquela esteira era muito rápida, você tinha de vencer ela."*
>
> *"Imagina 8 horas numa mesa, direto, só fazendo aquele movimento ali."*
>
> *"Ah, todo dia eu pegava a faca e ia desossar. A mesma atividade o dia inteiro."*
>
> "*Você tem que cumprir o que eles colocarem na esteira… Acho que eram seis segundos para desossar uma peça*".

Os trabalhadores, inseridos em um modelo de produção tipicamente fordista de produção, caracterizada pela padronização e repetitividade para maximizar a exploração da força de trabalho, estão simultaneamente submetidos à lógica taylorista de administração científica. Esse sistema impõe uma hierarquia rígida e um controle coercitivo sobre o tempo e os movimentos das atividades fragmentadas. A pressão pela produtividade é imposta sob ameaças de advertência e demissão, transformando a organização do trabalho em um mecanismo disciplinador que intensifica a exploração (Pinto, 2010).

> *"Uns, na desossa, não iam nem almoçar, porque tinha de tirar o show, se não tirasse o show não ia nem almoçar."*
>
> *"Se tu ia no banheiro, o teu show virava. E então tu olhava pra aquilo lá, eu já tava meio doente, bastante doente, comecei a chorar: eu não aguento mais, eu vou morrer aqui dentro".*

O modo de produção capitalista articula relações sociais de produção e forças produtivas nos moldes taylorista-fordista, considerado ultrapassado na era pós-fordista e pós-industrial (Fraser, 2022). O documentário demonstra que esse modelo ainda rege a lógica produtiva da agroindústria frigorífica, impondo aos trabalhadores um cotidiano de movimentos acelerados e de riscos à saúde. A sincronia das imagens das esteiras com as atividades dos trabalhadores torna patente essa realidade monótona e opressiva; assim como os registros orais e o fundo musical, enfatizam o caráter enfadonho do trabalho diário, "realizando movimentos repetitivos em atividades parceladas" (Pinto, 2010, p. 48) sobre uma esteira, como desossar, cortar e separar carnes, sem possibilidade de comunicação, numa jornada sem limite. Os impactos desse regime de trabalho não se limitam ao corpo, afetando profundamente também a saúde mental dos operários, como será abordado nas narrativas 2 e 3.

A exploração do trabalho pode ser abordada sob duas perspectivas interligadas. Segundo Ibañez (2015), destacam-se duas interpretações centrais: 1) na interpretação clássica da teoria marxiana, exploração refere-se à apropriação do trabalho excedente, resultante na mais-valia apropriada pelo capitalista. Essa exploração é inerente à lógica do capitalismo por derivar da necessidade de extrair o máximo de valor da força de trabalho; 2) em uma perspectiva alinhada ao direito internacional do trabalho, exploração é entendida como trabalho forçado ou sobrecarga de trabalho mal remunerado, ausência ou redução de direitos e condições degradantes, ou seja, exploração agravada por práticas abusivas e ilegais.

Ambas as interpretações pressupõem que a exploração ocorra em um contrato de trabalho — formal ou informal — entre pessoas juridicamente

"iguais"; do contrário, tratar-se-ia de escravidão. Como aponta Marx (2013, p. 469), na esfera da circulação ou da troca de mercadorias, regida pelos princípios da liberdade e igualdade formal — baseados na propriedade privada — o trabalhador, formalmente "livre" e "igual" perante a lei, vende sua força de trabalho por um salário acordado, enquanto o capitalista a consome nos parâmetros do direito do trabalho. Contudo, essa aparente troca igualitária oculta a realidade da exploração: no processo produtivo, o capitalista extrai do trabalhador uma quantidade de valor-trabalho superior ao valor pago em salário, apropriando-se da mais-valia (Marx, 2013, p. 250). Para Marx, compreender a exploração no capitalismo exige ultrapassar a esfera do mercado, "onde tudo se passa à luz do dia, ante os olhos de todos", e adentrar a esfera da produção, onde ocorre o consumo da mercadoria força de trabalho. Como afirma: "aqui se revelará não só como o capital produz, mas como ele mesmo, o capital, é produzido. O segredo da criação de mais-valor tem, enfim, de ser revelado" (MARX, 2013, p. 250).

Nas experiências narradas, contudo, observa-se a segunda forma de exploração, em que, para aumentar seu lucro, "o capitalista individual (…) precisa criar a situação de exploração", à diferença daquela que circunstancialmente "já é criada para ele pelo sistema de produção do capital, (…) assentado sobre a diferença entre 'trabalho pago' e 'trabalho não pago' (Grespan, 2021, p. 30).

Esse tipo de exploração não se restringe à lógica inerente do capitalismo, mas intensifica-se por práticas injustas como jornadas exaustivas, assédio moral, ausência de pausas, exigência de trabalho não remunerado e respeito às normas de proteção do trabalhador. Trata-se da superexploração do trabalho, frequentemente associada ao que se denomina "trabalho análogo à escravidão".

A experiência do "show", relatada pelas trabalhadoras, comprova essa exploração extrema. Trata-se de um mecanismo coercitivo da supervisão e gerência — no molde taylorista — para forçar o aumento da produtividade, exigindo ritmo e intensidade de trabalho além dos limites físicos e psicológicos

humanos; inclusive extrapolando a jornada de trabalho, sem pagamento de hora-extra como "castigo", beneficiando duplamente o capitalista: pela exploração do trabalho não pago como mais-valor e como "roubo", ou seja, como "escravidão moderna". A vergonha e a humilhação pública, a ameaça de demissão e a obrigação de compensar pausas com mais trabalho — quando as trabalhadoras não conseguem acompanhar a esteira —, revelam o uso da ameaça e do medo como ferramentas de controle e disciplinamento dos trabalhadores, "adicionando o insulto do não reconhecimento, à injúria da privação material" (Fraser, 2022). Dessa forma, o tempo de vida do trabalhador é convertido em tempo de produção, e a vivência deixa de ser significada levando ao esvaziamento de sua experiência coletiva na modernidade capitalista (Benjamin, 1980), bem como, à degradação de sua saúde e condições de vida. Nancy Krieger destaca os efeitos nocivos da miséria, degradação e trabalho árduo sobre a saúde (Antunes, 2015).

A exploração capitalista do trabalho não se manifesta apenas na superexploração e apropriação da mais-valia, mas também na alienação do trabalhador, conforme analisado por Marx nos *Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844*. No trabalho alienado da sociedade capitalista, o homem encontra-se "separado" de sua condição autêntica — livre, autoconsciente e criativa —, sendo reduzido a um mero instrumento de produção, vinculado ao trabalho assalariado apenas como meio de sobrevivência (Mocelin; Azambuja, 2010). Essa alienação atinge seu ápice quando o trabalhador não se reconhece em sua própria atividade laboral. Alienado de si e dos produtos que produz, sua relação com o trabalho torna-se estranha e hostil. Como aponta Mészáros (2016, p. 20), o trabalhador se relaciona com sua própria atividade como algo externo, que não lhe proporcionada satisfação em si, mas tão somente mediante o ato de vendê-la a outrem, enquanto meio de obtenção de salário.

Outro aspecto evidenciado no documentário é a debilidade da organização sindical e a falta de outras formas de associação trabalhista voltadas à reivindicação de direitos. Esse elemento reflete o que Marx define

como alienação do indivíduo em relação à própria espécie humana e como alienação dos indivíduos entre si, que se traduz na dissolução do senso de coletividade e na imposição de uma subjetividade individualista. Essas formas de alienação, como apontam Secco e Kovaleski (2022), levam à deterioração de vínculos afetivos entre os trabalhadores e consigo mesmos — sua autoestima —, e resultam na perda da percepção de pertencimento comunitário, fortalecendo o individualismo e agravando a submissão à lógica produtivista. Como Gramsci observou em sua análise sobre o *Americanismo e Fordismo,* esse modelo produtivo aliado à lógica capitalista, representa o esforço de forjar um tipo particular de trabalhador adequado às exigências do novo tipo de trabalho e de processo produtivo (Gramsci, 2008, p. 40), isto é, um trabalhador alienado e politicamente isolado.

Essa alienação, ao atingir o extremo, dá lugar ao fenômeno da reificação, ou coisificação, que representa a inversão nas relações sociais: como se o homem, sujeito da produção, torna-se objeto, enquanto os instrumentos de trabalho, antes meros objetos, assumissem o papel de sujeitos no processo produtivo (Sell, 2002).

O processo de *coisificação* do trabalhador foi criticamente analisado por Marx (2013) em sua discussão sobre o *fetichismo da mercadoria*. Segundo o autor, o capitalismo não apenas transforma a força de trabalho em mercadoria, mas também oculta as relações sociais de exploração sob a aparência de relações entre coisas. Esse fenômeno se manifesta na reificação, definida como "uma relação social determinada entre os próprios homens que assume, para eles, a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas" (Marx, 2013, p. 207).

Essa lógica conduz à desumanização do trabalhador, cuja força de trabalho é convertida em um objeto de troca, ocultando a exploração sob a aparência de relações mercantis livres e iguais. Essa dinâmica se apresenta na forma como os operários são tratados como peças descartáveis do sistema industrial: quando adoecem ou se tornam fisicamente incapacitados, são simplesmente substituídos por novos operários, como se fossem componentes

defeituosos de uma engrenagem. Esse mecanismo ilustra a brutalidade do modo capitalista de produção, no qual a força de trabalho é vendida e comprada no mercado como mercadoria (Grespan, 2021).

Além da exploração e da alienação, as narrativas dos trabalhadores em *Carne e Osso* evidenciam a dominação de classe que sustenta esse sistema. Essa dominação decorre da assimetria entre a classe detentora dos meios de produção e a classe que vive do trabalho. Os trabalhadores que não conseguem acompanhar o ritmo acelerado das máquinas são punidos com advertências, sobrecarga de trabalho e ameaças de demissão. O medo da perda do emprego é amplificado pela existência do chamado "exército industrial de reserva", conceito marxiano que designa a massa de desempregados, "sempre disponível" para substituir aqueles que não conseguem atender às exigências de produtividade ou que adoecem. Esse mecanismo, não intencional, opera como um fator de coerção estrutural no capitalismo, pressionando os empregados a "aceitarem" a opressão para evitar sua substituição e o desemprego (Marx, 2013, p. 663–664).

Dessa forma, a análise narrativa reforça a interligação do processo saúde-doença com os múltiplos processos sociais, especialmente com a relação capitalista de produção, conforme destacado por Laurell (2021). Segundo a autora, a saúde deve ser explicada pelo modo como a sociedade se apropria da natureza em determinado momento histórico e organiza o processo de trabalho, o qual se estrutura a partir de um determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (Laurell, 2021). É nesse sentido que a teoria da determinação social da doença enfatiza os mecanismos de acumulação do capital e a distribuição desigual de poder, prestígio e bens materiais que dela decorrem. A posição de classe, a reprodução social e os modos de vida e trabalho de cada grupo são determinados pela organização econômica e política da sociedade e configuram os principais determinantes dos padrões de saúde e doença (Barata, 2009). Sob essa ótica, "as relações econômicas, sociais e políticas afetam como as pessoas vivem e seu contexto ecológico e, desse modo, acabam por moldar os padrões de distribuição das

doenças" (Barata, 2009, p. 19–20). Portanto, o processo saúde-doença dos trabalhadores de frigoríficos não pode ser reduzido a uma questão meramente de saúde ocupacional, mas compreendido como consequência do modo de produção capitalista.

Narrativa 2. Lesões por esforço repetitivo, dor crônica e amputações decorrentes do trabalho

Os impactos das condições de trabalho nos frigoríficos nos corpos dos trabalhadores, permeiam todo o documentário. As experiências de ex-trabalhadores(as) que convivem com sequelas permanentes oriundas de anos de trabalho, revelam as condições insalubres que resultaram em lesões. Dentre essas, destacam-se as "violências" laborais, frequentemente rotuladas como "acidentes de trabalho", bem como as Lesões por Esforço Repetitivo/ Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT).

> *"Meu marido tinha que esticar meu braço e abrir minha mão porque não abria sozinha mais. Teu braço tá podre, teus nervos tudo atrofiado – fala do médico para mim. Trabalhei 11 anos, nunca apresentei um atestado, disseram que meu problema é porque eu ia trabalhar de moto. Um dia, ele não conseguiu mais abrir, ele tentava e os dedos voltavam para a posição atrofiados, eu tinha 36 anos.*

> *"Um círculo vicioso foi criado: o trabalhador adoece, vai para o INSS e se não consegue retornar fica aqui na reabilitação e as empresas vão contratando outras pessoas para substituir eles."*

Além desses relatos, também são apresentados depoimentos de profissionais de órgãos fiscalizadores, servidores da Previdência Social e médicas do trabalho. Esses profissionais, apontam, com base em estatísticas, que as LER/DORT representam os problemas mais recorrentes em decorrência do trabalho intenso e quase ininterrupto nos frigoríficos. No entanto, além dessas

patologias, eles também enfrentam riscos extremos, narradas em experiências de amputações e situações de risco iminente de morte, ignorados pelas empresas.

> *"Lembro-me de um colega que sofreu um acidente. A máquina arrancou a mão dele. Foi um choque para todos nós, mas a produção continuou como se nada tivesse acontecido".*
>
> *"Para desossar uma perna de frango (coxa e sobrecoxa) são 12 cortes e mais 6 movimentos, ou seja, 18 movimentos em 15 segundos."*

A principal causa dos acidentes está associada à exposição prolongada ao frio, ao manuseio de facas e serras, aos movimentos repetitivos, levantamento de peso em excesso e às quedas, resultantes da ausência de infraestrutura adequada para a coleta de sangue e gordura, tornando o chão escorregadio e perigoso. Segundo dados do Ministério da Previdência Social, um funcionário de frigorífico de bovinos tem três vezes mais chances de sofrer traumatismo craniano ou abdominal do que empregado de outros setores econômicos. O risco de desenvolver tendinite entre trabalhadores que desossam frango é 743% maior do que em qualquer outra categoria profissional (Cavechini et al., 2011).

A estrutura fabril dos frigoríficos, análoga à organização fordista de produção em série, reflete um histórico de exploração, dominação e alienação intensificado desde a Revolução Industrial. Ao contrário da expectativa – tornada ideológica – de que as máquinas reduziriam o esforço humano, elas potencializaram a produtividade exigida do trabalhador, aumentando a extração de mais-valor. Como aponta Marx (2013, p. 327), o sistema capitalista consome as "forças naturais [energia física e mental] pertencentes à corporeidade do trabalhador: seus braços e pernas, cabeça e mãos". Esse "consumo" da força de trabalho é intensificado pela maquinaria, que impõe um ritmo acelerado e exaustivo.

O documentário expõe os riscos a que os trabalhadores estão submetidos, incluindo a manipulação de instrumentos cortantes e os efeitos devastadores dos movimentos repetitivos, resultando em lesões e doenças

crônicas. A relação entre trabalho e adoecimento pode ser explicada pela concepção da determinação social da doença, segundo o qual as enfermidades e mortes decorrem das condições de vida e trabalho impostas pelo sistema produtivo. Essas condições são determinadas por fatores sociais, culturais e econômicos, caracterizando, assim, o contexto de surgimento das doenças que variam conforme as classes sociais (Verdi; Da Ros; Souza, 2012; Laurell, 2021). Essa concepção é corroborada por Barata (2009), que afirma que o processo saúde-doença é condicionado por fatores estruturais e conjunturais que moldam as condições de vida das populações.

Essa estratégia também dissimula o processo de adoecimento a que os trabalhadores são submetidos desde a admissão, uma vez que a condição de "estar saudável" é o principal critério para a contratação, especialmente nas funções produtivas. A prioridade das empresas é recrutar indivíduos que possuam condições físicas adequadas para suportar tarefas repetitivas, desgastantes e insalubres, demonstrando a centralidade da integridade física no processo seletivo, independentemente da experiência prévia ou do nível de escolaridade. Dessa forma, o setor atrai, sobretudo, pessoas sem outras perspectivas de empregos (Oliveira; Mendes, 2014, p. 4629).

Além disso, essa estratégia revela uma tendência crescente nas últimas décadas: a contratação de trabalhadores imigrantes, especialmente oriundos da Venezuela e do Haiti. Esses imigrantes recebem salários entre um e dois salários-mínimos, ainda que mais de dois terços (69%) possuam ensino médio ou superior completo – conquanto suas qualificações não sejam reconhecidas no Brasil (Siso, Picolotto, 2024). Trata-se de uma estratégia não apenas da indústria frigorífica, mas do agronegócio todo, que busca suprir a demanda de força de trabalho barata, pagando salários reduzidos e oferecendo pouca garantia de direitos.

Em última instância, a organização do trabalho na indústria frigorífica impõe um alto custo social. Além de sobrecarregar o SUS e a Previdência Social, essas empresas continuam a ser beneficiadas por investimentos do

BNDES e por exonerações fiscais, conforme estabelecido pela Lei n.º 14.784, de 27 de dezembro de 2023 de iniciativa do Congresso Nacional. Dessa forma, esse modelo de produtividade não apenas explora e adoece os trabalhadores, mas transfere os custos desse adoecimento para a sociedade, evidenciando as contradições estruturais do sistema econômico.

Narrativa 3. Pressões Psicológicas e Transtornos Mentais

Além da sobrecarga física, a organização taylorista-fordista do trabalho impõe pressão psicológica para os operários superarem seus limites, conforme as demandas de produção. Essa coação decorrente da intensificação do trabalho e da vigilância hierárquica sobre o comportamento produtivo resulta em diversos transtornos mentais, como ansiedade e depressão (Guilland, 2017). Além disso, essa pressão gera afetos negativos, como o medo constante de demissão (Machado, Murofuse e Martins, 2016). As experiências narradas pelos trabalhadores mostram que o taylorismo-fordismo adotado na organização do trabalho impacta diretamente a saúde mental desses profissionais, muitas vezes desencadeando transtornos psíquicos ainda mais graves. Essa realidade é corroborada por estudos epidemiológicos, como o realizado no Paraná, que constatou elevada prevalência de transtornos de ansiedade e depressão entre os empregados na indústria frigorífica (Guilland, 2017). As experiências narradas a seguir exemplificam esse sofrimento psíquico:

> *"Muitas vezes eu levantava duas horas da manhã, sem ter dormido, na verdade, deitado, mas sem conseguir dormir."*

> *"Eu sempre achava que a depressão era uma farsa da pessoa, mas não né, aquilo te leva..., a depressão é desgraçada."*

> *"Mas se você conversa com o setor médico das empresas eles falam*

> *Não, todo caso de depressão dos frigoríficos é porque brigou com o marido, morreu o pai, morreu a mãe, morreu a tia..., é um processo de negação, isso não existe, nunca é culpa do trabalho.*"

Os trabalhadores frequentemente relatam que suas queixas de sofrimento psíquico dificilmente encontram reconhecimento por parte da medicina do trabalho, contribuindo para um quadro de desamparo e agravamento dos transtornos mentais (Guilland, 2017). Além disso, os frigoríficos abordados apresentam diversas características que contribuem para altos níveis de estresse, ansiedade e depressão, incluindo a intensa cobrança por produtividade, a proibição de conversas durante o trabalho e a restrição para a realização de necessidades básicas, como idas ao banheiro, como se depreende dos seguintes relatos.

> *"Eles não queriam nem que a gente conversasse, a supervisora dizia: tá muita conversa e pouco trabalho."*

> *"Às vezes a gente tentava fazer umas brincadeiras entre a gente pra tentar tirar um pouco a tensão do trabalho né, mas as conversas foram proibidas."*

> *"Tu não tens liberdade pra ir no banheiro, tu não pode ir se não tiver ordem de um supervisor seu."*

Esse cotidiano de controle hierárquico ostensivo impõe um ambiente de vigilância e repressão, no qual a produtividade é priorizada em detrimento das condições de saúde de quem trabalha no "chão de fábrica". Como afirmam Rodrigues e Marra (2019, p. 423), trata-se de um sistema "redutor da voz do trabalhador", que suprime qualquer possibilidade de resistência e de criação de experiências compartilháveis.

Além disso, a proibição da comunicação no ambiente de trabalho resulta em um processo de alienação da experiência, conforme discutido por Benjamin (1980). Em *O narrador,* o autor identifica o desaparecimento

da narrativa tradicional como um sintoma da crise da experiência, fenômeno relacionado à transição do trabalho artesanal para o trabalho industrial. Esse esvaziamento da experiência encontra um paralelo nos traumas e silenciamentos causados pelos conflitos de guerra, resultando na "pobreza da experiência" (Gagnebin, 2013). Segundo Benjamin, o trabalhador fabril, submetido a uma sucessão contínua de tarefas fragmentadas e automatizadas, perde o vínculo com o produto de seu trabalho, sendo reduzido a uma peça da engrenagem produtiva e reduzindo sua experiência a uma sequência de estímulos isolados. Benjamin afirma, com base em Marx:

> A sucessão contínua dos momentos de trabalho, automatizada e objetivada, se concretiza para o operário da fábrica na linha de montagem, na qual a peça a ser trabalhada entra no raio de ação do operário independentemente de sua vontade e, da mesma forma, lhe é subtraída (Benjamin, 1980, p. 49).

Nos frigoríficos, essa desvinculação dos trabalhadores em relação à própria atividade, se manifesta por meio do ritmo intenso e dos padrões rígidos de produtividade, que não apenas retiram do trabalhador o controle sobre sua própria atividade, mas também restringem sua comunicação e experiência coletiva. Esse modelo produtivo, ao desarticular a experiência e fragmentar a atividade laboral, impõe severas consequências à saúde dos trabalhadores, transparecendo a dimensão humana sacrificada na lógica produtivista. A pressão para aumentar a produtividade por meio de práticas desumanas de supervisão e administração do trabalho, como a proibição da comunicação, leva ao adoecimento tanto físico quanto psíquico (Biasi, Rantichieri, 2022). No entanto, é o temor constante da demissão que os leva a "aceitarem" tais condições, suportando-as até o limite de sua capacidade física e mental:

> *"O pai de família que está ali ele depende do emprego, então por mais que ele reclame ele também tem um medo, porque quando ele começa a cobrar começam a mudar ele de serviço, então ele tem um receio de ser mandado embora."*

> *"O que mata é a cobrança, cobrança e cobrança. Às vezes a gente tava fazendo o possível, mas ele queria mais."*
>
> *"A pressão era tão grande que eu chegava a tremer quando ele chegava em cima de mim para me cobrar".*

Machado, Murofuse e Martins (2016, p. 141), em um estudo sobre o trabalho em frigorífico, apontam que "os trabalhadores conviviam com o medo da demissão e se submetiam a trabalhos que causavam prejuízos a sua saúde, suportando-os porque, em suas percepções, era melhor trabalhar do que estar desempregado". Trata-se de uma lógica que ainda reflete a "máxima" de Henry Ford, segundo a qual "os homens trabalham somente por duas razões: uma é por salários, e a outra é por medo de perder seus empregos" (Felix, 2019, p. 145).

Walter Benjamin identificou, na Primeira Guerra Mundial, a "queda" da experiência e da narração, evidenciando como os sobreviventes retornavam das trincheiras incapazes de compartilhar suas vivências ou construir relatos significativos sobre o que viveram (Gagnebin, 2013). De forma análoga, o desemprego em massa gera um silenciamento coletivo, associado a uma alta prevalência de sofrimento psíquico entre os trabalhadores excluídos da esfera produtiva. A continuidade de transtornos como depressão e ansiedade, iniciados no ambiente de trabalho sob ameaça constante de demissão, agrava-se com o desemprego, intensificando sentimentos de vergonha, frustração, perda da autoestima, tristeza e desesperança (Schlindwein et al. 2020). O trauma coletivo do desemprego e do subemprego resulta — como Benjamin observou — na sujeição do indivíduo às forças impessoais do capitalismo, fragmentando suas experiências e silenciando suas narrativas (Gagnebin, 2013).

Essa lógica, apresentada no documentário, tem profundos impactos na saúde mental coletiva, manifestando-se de forma ainda mais severa quando a integridade física e psíquica do trabalhador — e sua força de trabalho — é destruída pela exaustão física e mental. Quando adoecem ou se tornam incapacitados, são simplesmente descartados pelo sistema produtivo, experimentando um duplo

apagamento: primeiro, como engrenagens anônimas da produção; depois, como indivíduos tornados inúteis para o trabalho e condenados à invisibilidade social. Além disso, mostra que as vivências (*Erlebnis*) de dor, exaustão física e transtornos psíquicos são invisibilizadas e tornadas anônimas. Trabalhando sob ameaça constante de demissão, os trabalhadores não conseguem transformar suas vivências em experiência (*Erfahrung*), pois estas últimas não encontram um espaço de ressonância e transmissão. Para Benjamin (1980), esse apagamento da experiência é um reflexo do advento da indústria capitalista que desumaniza o trabalhador e o reduz a um autômato.

Assim como os soldados que "escaparam das trincheiras voltaram mudos e sem experiências a compartilhar, nem histórias a contar" (Gagnebin, 2013, p. 59), os operários adoecidos e "descartados" do emprego são reduzidos ao silêncio — não somente pelas carências materiais a que ficam submetidos, mas também pela impossibilidade de transformar seu sofrimento cotidiano vivido em experiência compartilhável, implicando na "falta" de saúde mental coletiva. No entanto, ao trazer essas narrativas à tona, *Carne e Osso* possibilita a ruptura desse ciclo de silenciamento, oferecendo um espaço de resistência para que a experiência (*Erfahrung*) dos trabalhadores possa ser reconhecida e compartilhada, dando visibilidade para a realidade do trabalho nos frigoríficos.

Considerações finais

Ao analisar as experiências narradas pelos trabalhadores(as) sob as três perspectivas centrais — a organização taylorista/fordista do trabalho, as lesões físicas por "acidentes" e esforço repetitivo (LER/DORT) e os transtornos psíquicos resultantes da pressão por produtividade e do medo da demissão —, evidencia-se a complexidade da temática abordada.

O documentário *Carne e Osso* combina imagens impactantes com depoimentos, revelando uma realidade dramática e persistente sobre as

condições laborais. O discurso dominante, que justifica a produção industrial de carne como essencial para o crescimento econômico e o aumento do Produto Interno Bruto (PIB), é confrontado pelas experiências dos trabalhadores que, ao serem narradas revelam a incompatibilidade entre os interesses da classe capitalista e a realidade vivida, historicamente, pela classe trabalhadora. Essa pujança econômica, alardeada pela mídia e até mesmo por governos, oculta que essa imensa produção da riqueza social, acumulada como capital privado, ocorre de maneira inversamente proporcional ao aumento de doenças, incapacitações, pobreza e miséria para a classe que vive do trabalho.

A precarização do trabalho nos frigoríficos frequentemente se relaciona com a intensificação da produtividade, baixos salários, deficiências na proteção à saúde e negação de direitos fundamentais, configurando um cenário de superexploração que requer medidas urgentes por parte da sociedade civil e do Estado. Essa lógica produtivista capitalista reduz os trabalhadores a meros instrumentos de produção, evidenciado as diferentes formas de exploração do trabalho — discutidas na Narrativa 1 —, as quais se distinguem apenas na sua apreensão e abordagens interpretativas.

O descumprimento da legislação trabalhista por parte dos empregadores agrava ainda mais essa realidade, perpetuando condições degradantes que comprometem a integridade física e mental dos trabalhadores. Torna-se, portanto, imprescindível que a sociedade, por meio das instituições estatais, "estabeleça limites às indústrias de processamento de carnes para a segurança e a saúde dos trabalhadores" (Rodrigues, Marra, 2019 p. 410) e implemente políticas públicas e sociais abrangentes, tanto de caráter estrutural (econômico e infraestrutural) quanto sociais (saúde, educação, habitação, entre outras), que incluam intervenções diretas no ambiente de trabalho (Verdi, Da Ros, Cutolo, Souza, 2012). Tais ações são fundamentais para assegurar o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores, impedir a superexploração e erradicar o "trabalho análogo à escravidão". Dessa forma, torna-se urgente a implementação de políticas públicas intersetoriais eficazes que enfrentem a precarização do

trabalho nos frigoríficos, garantam os direitos humanos fundamentais, promovam ambientes de trabalho dignos e saudáveis, e incentivem modos de produção cooperativos, pautados na solidariedade social.

Daí se segue a importância da narração como resistência e construção da memória coletiva. O uso das narrativas como método investigativo permite dar voz a trabalhadores precarizados, enfatizando "a importância da narração para a constituição do sujeito" coletivo e "sua tarefa na luta contra o esquecimento" dos "excluídos da história" (Gagnebin, 2013, p. 3). Esse processo eleva o nível de "consciência de classe e promove a construção do conhecimento, que resulta, inicialmente, da prática de luta, mas também da experiência ativa da classe operária (Löwy, 2005, p. 108–109). Dessa forma, as narrativas possibilitam o resgate de memórias e discursos como forma de resistência às estruturas e relações de poder que perpetuam discriminações de raça, classe e gênero. Ao viabilizar a expressão e a preservação da fala e da memória de grupos historicamente silenciados (Ceccon et al., 2022), a narração impede que essas vivências permaneçam invisibilizadas.

Embora Benjamin seja pessimista quanto à recuperação plena da experiência na modernidade, dada a sua "reflexão sobre o declínio da experiência e (...) do fim da narração tradicional" (Gagnebin, 2013, p. 56), ele reconhece na narração da experiência um espaço de resistência que, no contexto da industrialização capitalista, se contrapõe ao isolamento dos operários e à desumanização imposta pelo sistema produtivo. Nesse sentido, os registros orais dos trabalhadores em *Carne e Osso* operam como um ato de resistência simbólica. Ao circularem socialmente e adquirirem relevância na reflexão crítica sobre o trabalho na indústria frigorífica, a narração ressignifica a experiência e a construção da memória coletiva no presente.

Sob a perspectiva histórica benjaminiana, pode-se interpretar as experiências dos trabalhadores à luz da metáfora do *anjo da história,* que vê as ruínas do passado se acumulando enquanto é impelido para o futuro (Löwy, 2005, p. 86). Ao dar visibilidade às suas experiências na indústria frigorífica,

Carne e Osso aponta para um tempo marcado pela sua opressão e exploração — um passado que se repete e se impõe como uma catástrofe que amontoa escombros e os arremessa aos pés da classe trabalhadora (Cf. Ceccon et al., 2022, p. 36; Löwy, 2005, p. 86).

Nesse sentido, a exigência fundamental de Benjamin para a construção de uma narrativa histórica crítica é "escovar a história a contrapelo", ou seja, narrá-la do ponto de vista dos vencidos — conforme expresso na *Tese VII Sobre o conceito de história* (Löwy, 2005, p. 70). É precisamente nas histórias não contadas dos vencidos, nas ruínas das narrativas oficiais, que se situa, ética e politicamente, a importância da experiência e da narração (Ceccon et al. 2022). Portanto, a luta por direitos e por melhores condições de trabalho passa, necessariamente, pela valorização da experiência e da memória dos trabalhadores.

Referências

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. **Tempo Social**, v. 27, p. 177–194, 2015.

BARROS, Carlos Juliano. **Governo, Congresso e indústria se mobilizam para rever proteções a trabalhadores de frigorífico**s. São Paulo: Repórter Brasil, 2024. Disponível em: https://reporterbrasil.org.br/2021/04/governo-congresso-e-industria-se-mobilizam-para-rever-protecoes-a-trabalhadores-de-frigorificos/. Acesso em: 26 fev. 25.

BRASIL, 2024. **Portaria MTE n.º 1.065, de 1º de julho de 2024.** Aprova a NR 36. Brasília: Ministério do Trabalho, 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mte-n-1.065-de-1-de-julho-de-2024-569302550. Acesso em: 26 fev. 25.

BENJAMIN, Walter. Textos Escolhidos. In: BENJAMIN, Walter; HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor W.; HABERMAS, Jürgen. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

BIASI, Evelyn Yamashita; RANTICHIERI, Bruna Ramos. Análise do discurso de trabalhadores afastados por doença incapacitante: neocapitalismo, adoecimento e a construção da identidade. Psicólogo InFormação, v. 24, n. 24, p. 145-168, 2022.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CAVECHINI, Caio *et al*. **Carne e osso:** um retrato do trabalho nos frigoríficos brasileiros. São

Paulo: Repórter Brasil, 2011. Disponível em: http://carneosso.reporterbrasil.org.br/. Acesso em: 30 jun. 2018.

CECCON, Roger Flores et al. **Narrativas em Saúde Coletiva**: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

FRASER, Nancy. **Justiça interrompida**: reflexões críticas sobre a condição "pós-socialista". São Paulo: Boitempo, 2022.

FELIX, Gil. Circulación y superexplotación de trabajo. In: FELIX, Gil; GUANAIS, Juliana (Orgs.). **Superexplotación del trabalho en el siglo XXI**. Bremen: El Tiple, 2019

GRESPAN, Jorge. **Marx:** uma introdução. São Paulo: Boitempo, 2021.

GRAMSCI, Antonio. **Americanismo e fordismo**. São Paulo: Editora Hedra, 2008.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **História e Narração em Walter Benjamin**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GUILLAND, Romilda. **Aspectos epidemiológicos e psicométricos de agravos à saúde mental de trabalhadores de frigoríficos do oeste do estado do Paraná**. Tese. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. UFSC, 2017.

IBÁÑEZ, F. **Pensar la justicia social hoy: Nancy Fraser y la reconstrucción del concepto de justicia en la era global.** Roma, Italia: Editrice Pontificia Università Gregoriana, 2015.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: FELIX, Gil; Lage, Aline (Orgs.). **Capitalismo e Surdez**. Bremen (GER): El Triple, 2021.

LIMA, Renan Augusto Francisco de. Carne e osso: o trabalho nos frigoríficos. **Informe Econômico (UFPI)**, v. 49, n. 2, 2024.

LÖWY, Michael. **Walter Benjamin:** aviso de incêndio: uma leitura das teses "sobre o conceito de história". São Paulo: Boitempo, 2005.

MACHADO, Leila de Fátima; MUROFUSE, Neide Tiemi; MARTINS, Julia Trevisan. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 134–147, set. 2016.

MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2016

MARRA, Gabriela Chaves; COHEN, Simone Cynamon; CARDOSO, Telma Abdalla de Oliveira. Reflexões sobre o trabalho em frigoríficos e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. **Trabalho & Educação**, v. 28, n. 2, p. 231–243, 2019.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MOCELIN, Daniel Gustavo, AZAMBUJA, Lucas Rodrigues. Marx, Weber e Durkheim: Quadro comparativo sobre os autores clássicos da Sociologia. In: PICCININI, Valmíria Carolina, ALMEIDA, Marilis Lemos de, OLIVEIRA, Sidinei Rocha de. **Sociologia e Administração:** Relações sociais nas organizações. São Paulo: Campus, Elsevier, 2010.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século XXI:** taylorismo, fordismo e toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros; MENDES, Jussara Maria Rosa. Processo de trabalho e condições de trabalho em frigoríficos de aves: relato de uma experiência de vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4.627-4.635, 2014.

PETEAN, Gustavo Henrique, BENINI, Elcio Gustavo, NEMIROVSKY, Gabriel Gualhanone. Trabalho intensificado e afastamento do trabalho: uma análise nos frigoríficos no estado de Mato Grosso do Sul. **Cadernos EBAPE.BR**, *19*(3), 464–479, 2021.

RODRIGUES, Isabel Cristina; MARRA, Gabriela Chaves. Indústria frigorífica: a voz do trabalhador entre a necessidade e a exaustão. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo**, v. 15, n. 3, p. 408–425, 2019.

SELL, Carlos Eduardo. **Sociologia clássica:** Durkheim, Weber e Marx. Ed. Univali, 2002.

SISO, Nayibel de los Angeles Garcia; PICOLOTTO, Everton Lazzaretti. Migrações internacionais e trabalho: venezuelanos em áreas do agronegócio no Rio Grande do Sul. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 62, n. 4, 2024.

SCHLINDWEIN, Vanderléia De Lurdes Dal Castel et al. O sofrimento psíquico de trabalhadores em situação de desemprego em Porto Velho–RO. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 25–42, 2021.

SECCO, Ana Caroline; KOVALESKI, Douglas Francisco. Do empreendedor de si mesmo à medicalização da performance: reflexões sobre a flexibilização no mundo do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 05, p. 1911–1918, 2022.

VERDI, Marta; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon de. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]. 2ª ed., rev. e ampl. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

Capítulo 20

A vida em suspensão: narrativas de mulheres com câncer do colo do útero

Isabel Marco Huesca
Élida Azevedo Hennington

Introdução

O câncer do colo do útero, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2025), é uma doença de longa evolução, o que permite múltiplas oportunidades para prevenção e tratamento ao longo da vida da mulher. Em 2020, a Organização Mundial da Saúde lançou uma estratégia global para acelerar a eliminação deste tipo de câncer como problema de saúde pública, estabelecendo as seguintes metas a serem alcançadas até 2030: 90% das meninas vacinadas contra o HPV até os 15 anos; 70% das mulheres rastreadas com um teste de alta precisão entre 35 e 45 anos e 90% das mulheres com lesões pré-cancerosas ou câncer invasivo recebendo o tratamento adequado.

O câncer do colo do útero - CCU - é o terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres e mata, em média, cerca de 6 mil brasileiras ao ano. Para cada ano do triênio 2023-2025 foram estimados 17.010 casos novos, o

que representa um risco considerado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022a). O CCU constitui um sério problema de saúde pública nos países periféricos devido às altas taxas de incidência e morbimortalidade, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas, constituindo a terceira causa de morte por câncer no Brasil entre as mulheres (INCA, 2022b).

Enquanto um acontecimento que interrompe o seguimento de um processo, de uma vida considerada saudável, o adoecimento é tratado como um evento disruptivo. No caso do adoecimento crônico, por seu caráter de permanência ao longo do tempo, depara-se com uma situação crítica e de incerteza sobre o impacto que a doença irá causar e sobre o caminho a ser percorrido a partir dali. A vida do sujeito é atravessada pela doença em todos os seus aspectos (BURY, 1982). Bury (1982) reitera que as alterações surgidas ao longo do processo de adoecimento crônico provocam limitações nas atividades diárias, mas também revisões sobre as expectativas em relação ao futuro. Ao mesmo tempo, a experiência do adoecimento crônico é constituída pelo contexto social específico no qual o sujeito está inserido, a partir do qual ele irá interpretar a origem, natureza e sentido das alterações provocadas pela condição crônica (CASTELLANOS, 2015).

Entender o adoecimento crônico como evento que ocasiona a ruptura biográfica é pensar o quanto ele provoca descontinuidade na vida das pessoas e na sua interação social. A ruptura biográfica é também a ruptura das relações sociais (BURY, 1982; MONTAGNER; MONTAGNER 2011). Por se tratar de doenças que exigem tratamento de longa duração e, em grande parte dos casos, doenças incuráveis, elas passam a ocupar o centro de todas as relações sociais que essas pessoas mantêm com o exterior socializado.

Abordar a dimensão sociocultural das doenças crônicas, como o CCU, significa olhar para o sujeito convivendo com uma condição que o acompanha a todos os lugares da vida social e cuja forma de entendê-la, explicá-la, representá-la e lidar com ela decorre de um constante movimento em que

interpretação e ação se realimentam reciprocamente, delimitadas pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo em que se inserem (CANESQUI, 2007).

Com o objetivo de compreender o processo saúde-doença a partir da concepção da doença enquanto experiência e da inserção social dos sujeitos, as narrativas têm se apresentado como uma estratégia profícua. O acesso às experiências dos outros se dá por meio das histórias que os sujeitos contam sobre coisas que lhe aconteceram ou sobre coisas que aconteceram ao seu redor (CAÇADOR; GOMES, 2020; GOMES; MENDONÇA, 2002).

Gomes (2014) destaca as funções da narrativa da doença: permite a construção do mundo da doença e a reconstrução da história de vida. Também proporciona uma explicação e entendimento da doença e a transformação da doença de fenômeno individual em fenômeno coletivo. "Portanto, as narrativas realizariam mediações entre o 'interior' e o 'exterior' ao 'eu' na relação ser-no-mundo" (CASTELLANOS, 2014, p. 1068).

Método

A pesquisa constituiu-se em um estudo de natureza qualitativa, voltado para uma melhor compreensão dos sentidos atribuídos pelos sujeitos envolvidos, as mulheres com CCU, a respeito das repercussões do adoecimento crônico em suas vidas. Das abordagens qualitativas optou-se pela utilização das narrativas. Acreditamos que a experiência do CCU e as rupturas por ele proporcionadas poderiam ser acessadas pela escuta dos relatos das referidas mulheres. Para tal objetivo, foram realizadas entrevistas narrativas em profundidade, com as mulheres em tratamento para o CCU.

Bury (2001) destaca a importância de estudar narrativas em circunstâncias em que as consequências da doença, particularmente a doença crônica, de longa duração, passa a dominar a experiência cotidiana das pessoas e em situações em que o tempo é importante, uma vez que o adoecimento

crônico é um exemplo de ruptura biográfica (BURY, 1982). Caçador e Gomes (2020), destacam que o lugar de fala dos sujeitos sobre suas experiências na temporalidade do adoecimento crônico é de fundamental importância. "As narrativas então podem ser compreendidas como modos de elaboração da experiência social, descrevendo situações vivenciadas num determinado tempo" (p. 3262). Nas narrativas são estabelecidas relações entre o tempo passado, o presente e o futuro. A temporalidade da experiência do adoecimento, enquanto experiência de sofrimento e cuidado, repercute nas trajetórias de vida dos sujeitos (CASTELLANOS, 2015).

As participantes eram usuárias de hospital público de referência para o tratamento de câncer no município do Rio de Janeiro. A definição das informantes foi intencional e dirigida, e a seleção ocorreu a partir de listagem do próprio hospital, seguindo critérios considerados relevantes para a pesquisa: mulheres que efetivamente realizaram o tratamento na unidade de saúde; idade entre 25 e 64 anos, faixa etária preconizada para o rastreamento do CCU; diferentes estadiamentos da doença; diferentes origens territoriais e étnico-raciais; e diferentes condições socioeconômicas baseadas nas variáveis renda, escolaridade e ocupação. Por fim, 17 mulheres foram selecionadas e 13 efetivamente participaram da pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas apenas após a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos trechos de fala selecionados, apresentados na seção Resultados e Discussão, as mulheres foram identificadas com nomes de cidades brasileiras para preservar o sigilo das entrevistadas.

Para tratar o material produzido foi utilizada a análise narrativa. Essa perspectiva de análise, mostra como a estrutura, o conteúdo e a interpretação são entrelaçados. Assim, fornece uma maneira sistemática de entender como as pessoas tornam os eventos de suas vidas significativos, bem como a forma como eles se envolvem na construção contínua de suas identidades (BELL, 1999). A análise narrativa foi realizada a partir da indexação das categorias para análise do texto. Dessa forma, após a transcrição e leitura exaustiva das

entrevistas, foram identificadas as principais noções e categorias teóricas e empíricas, que foram divididas em dois grandes temas: 1- o adoecimento crônico como experiência e 2-o tratamento como evento disruptivo.

Resultados e Discussão

O perfil das mulheres entrevistadas foi composto prioritariamente por mulheres na faixa etária de 35 a 54 anos, negras, com ensino médio. No que se refere às características socioeconômicas e ocupacionais, a maior parte das entrevistadas estavam inseridas no mercado de trabalho (através de vínculo formal, informal ou como autônoma) em ocupações tipicamente femininas. Quanto à renda no momento da entrevista, as mulheres com renda proveniente do auxílio-doença foram maioria. Com relação ao perfil clínico das mulheres, quanto ao estadiamento da doença[13] no momento do diagnóstico, apenas uma foi diagnosticada com a doença em estadio inicial (1B), as demais entrevistadas foram diagnosticadas com estadiamento avançado da doença, os estádios variavam entre IIB, IIIA e IIIB. No que diz respeito ao tratamento proposto, a principal modalidade terapêutica foi a combinação de quimioterapia[14], radioterapia[15] externa e braquiterapia.

13 O sistema de estadiamento FIGO (revisão de 2009) descreve quatro estadios progressivos de CCU, do estadio I ao IV. Resumo dos estadios e subestadios do sistema FIGO: Estádio I: a doença está limitada ao colo do útero (inclui subestadios IA1, IA2, IB1 e IB2). Estádio II: o câncer se disseminou para fora do colo do útero até a parte superior da vagina ou o tecido adjacente ao colo do útero (paramétrio), mas não até a parede lateral da pelve (inclui subestadios IIA1, IIA2 e IIB). Estádio III: o câncer se disseminou até a parte inferior da vagina ou por todo o paramétrio até a parede lateral da pelve (inclui subestadios IIIA e IIIB). Estádio IV: o câncer se disseminou para órgãos ou tecidos distantes, como os pulmões e os linfonodos distantes (inclui subestadios IVA e IVB) (OPAS, 2016).

14 Quimioterapia é um tipo de tratamento em que se utilizam medicamentos para combater o câncer. Estes medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que se espalhem (INCA, 2023a).

15 Radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raio X, por exemplo) para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros tratamentos. De acordo com a localização do tumor, a radioterapia é feita de duas formas: 1) Radioterapia externa ou teleterapia: A radiação é emitida por um aparelho, que fica afastado do paciente, direcionado ao local a ser tratado, com o paciente deitado. As aplicações são geralmente diárias. 2) Braquiterapia: Aplicadores são colocados pelo médico em contato com o local a ser tratado e a radiação é emitida do aparelho para os aplicadores. Esse tratamento é feito no ambulatório (podendo necessitar de anestesia), de

O material produzido por meio das entrevistas evidenciou que as experiências do adoecimento por CCU relatadas pelas mulheres se organizavam em torno de diferentes momentos, demarcados a partir do diagnóstico e em função da etapa do tratamento. As repercussões relatadas são peculiares a cada um desses momentos, a saber: etapa do diagnóstico, etapa do tratamento e momento do controle ou descoberta da recidiva. Foi possível, assim, identificar três momentos fundamentais vivenciados pelas participantes do estudo, desde o aparecimento dos primeiros sintomas da doença até o momento em que as entrevistas foram realizadas.

Bury (1982) ressalta três desdobramentos do adoecimento crônico. No primeiro momento acontece a ruptura biográfica, quando há uma quebra das crenças e comportamentos cotidianos. Esse estágio é traduzido pela pergunta "o que está acontecendo?", causada pelo descobrimento da doença e a incerteza que ela traz. No segundo momento, há um repensar fundamental da biografia pessoal e da autoimagem envolvida, quando então será retrabalhada a identidade, a partir do impacto do tratamento na vida cotidiana. Por fim, há uma resposta a essa ruptura que envolve uma mobilização de recursos em face dessa situação alterada e uma reorganização da vida prática.

No primeiro momento as mulheres falaram sobre a aparição dos sintomas, quando decidiram buscar atendimento médico, o caminho percorrido até o diagnóstico e, como foi descobrir-se com câncer.

Entre as entrevistadas, apenas uma não apresentava sintomas no momento do diagnóstico; ela descobriu a doença em um exame preventivo de rotina. Para todas as outras participantes, o que as motivou a procurar atendimento médico foi o sangramento, embora boa parte delas tenham relatado outros sintomas prévios.

> *Começou na relação, ia sujando de sangue um pouquinho e eu sempre tomei remédio quando eu tive meu último filho, tomava meu remédio certinho, (...) e não era para estar sujando, aí até que chegou certo dia, já não tava mais só sujando, tava direto, todo dia, peguei e falei assim*

uma a duas vezes por semana (INCA, 2023b).

> *tá muito estranho isso, o sangue tá vindo direto, não tá parando e assim foi, fiquei 9 meses assim (Angelina).*

> *Foi assim, eu malhava, tinha uma vida normal, superativa, e começou um corrimento. O corrimento era assim branco, não tinha cheiro, mas ele era intenso, ele era volumoso, sabe, de chegar até escorrer para minhas pernas. Eu fui achando assim alguma coisa, normal que não era, mas aí conversando com uma amiga minha lá na academia mesmo, mais velha já, ela falou eu conheço um monte de mulheres que tem, você deve estar ovulando, ela falou assim. Só que continuou, aí a minha mãe, eu comentei para a minha mãe se ela já teve isso e tal. Ela me falou que nunca ouviu falar e isso não é normal, é melhor você procurar uma ginecologista, vai o mais rápido possível. Só que é aquele negócio, a gente vai deixando, vai deixando, só que no dia que eu fui ter relação com o meu marido, saiu muito sangue, era como se tivesse matado um animal (Marília).*

Loyola (1984) afirma que as doenças são levadas para os médicos somente quando não há outro jeito, porque as pressões da vida cotidiana, particularmente as pressões econômicas, tornam muito difíceis o abandono do trabalho e das tarefas domésticas.

> *Então, em 2019 eu não sabia que eu estava doente, porque até então eu não fazia o preventivo. Demorei muito pra fazer o preventivo, então pra mim estava sempre normal. Tudo bem, não sentia dor, não sentia nada. Foi um belo dia que eu fui ter relação com o meu marido, que depois do ato era muito sangue e eu sem entender o que era aquilo, eu achei que era um mioma né, porque eu nunca, nunca pensei que era o câncer do colo do útero (Cristalina).*

Muitas mulheres desconhecem a importância de o exame preventivo ser realizado periodicamente, por considerarem estar bem de saúde, por não apresentarem sintomas, e por não entenderem a importância da realização do exame. Conforme apontam Rico e Iriart (2013) em seu estudo sobre os sentidos das práticas preventivas do CCU, pode-se apreciar a concepção de que apenas seria necessário fazer o exame preventivo diante de queixas, o que

ilustra a percepção da saúde como ausência de sintomas. No estudo de Brenna et al (2001), quase dois terços das mulheres com câncer invasivo tinham conhecimento inadequado do exame de Papanicolau, a maioria não tinha informações sobre a necessidade de fazê-lo e mais da metade delas realizam o exame de forma diferente do que é preconizado.

Após a percepção dos sintomas, começou o longo caminho percorrido por quase todas as mulheres para acessar os serviços de saúde e obter o diagnóstico. A maior parte das mulheres recebeu o diagnóstico entre 6 meses e 1 ano após o início dos sintomas. Outras receberam o diagnóstico em até três meses, e uma delas não recordou o tempo transcorrido entre a aparição dos sintomas e o diagnóstico. Somente uma descobriu a doença em exame de rotina.

O tempo entre a aparição dos sintomas e o diagnóstico dependeu de dois fatores: primeiro, o tempo levado para que a mulher buscasse atendimento no serviço de saúde e, em segundo lugar, o tempo gasto no percurso entre os serviços de saúde para conseguir exames e consultas para, enfim, obter o diagnóstico.

> *Mas aí já estava um tempão já correndo pra lá, pra cá, batendo cabeça e não descobria (Mariana).*

> *Aí foi que eu fui para a ginecologia, marquei um particular, que eu já fiquei assustada por causa do sangue (Marília).*

Entre as mulheres pesquisadas, algumas buscaram atendimento nos serviços públicos de saúde e depois, por dificuldades de acesso ou não atendimento de suas demandas, acabaram buscando a rede privada. Outras, preocupadas por acreditarem se tratar de algo grave, buscaram diretamente a rede privada, por considerarem mais rápido e eficaz tanto o acesso ao atendimento quanto a realização dos exames. Ainda houve casos de mulheres que realizaram as consultas por meio dos serviços públicos de saúde, porém os exames foram realizados na rede privada. Além de histórias de mau atendimento e até erro diagnóstico, nas narrativas ficou evidente a

peregrinação das mulheres por diversos serviços de saúde, públicos e privados, perdendo muito tempo e muitas vezes dinheiro, até chegar ao diagnóstico.

As mulheres citaram a má qualidade dos serviços de saúde como falta de médicos especializados, tempo de espera longo para conseguir uma consulta, demora para a marcação de exames e para a obtenção dos resultados. Tais dificuldades desestimularam ou exigiram que o tempo gasto para ter algum atendimento fosse muito ampliado.

> *Cheguei a fazer preventivo no posto, na clínica da família, até hoje o que eu fiz não saiu o resultado. Aí falei (em retorno à clínica da família), eu tô continuando sangrando gente, eu vou ficar sangrando, daqui a pouco eu tô com anemia e que não sei o que. Já tem não sei quantos meses (que havia realizado o exame), aí ela pegou e falou assim, ué mas a gente não sabe onde foi parar, o laboratório não sabe o que que fizeram com o teu exame (Angelina).*

> *Ah, eu fiz preventivo na Clínica da Família. Eu fiz três. Só que esses três sumiram e o negócio foi se agravando. Aí eu estava desesperada e ia lá procurar pelo meu exame e não tinha. Aí eu fiz particular. Ai já deu. Tava com carcinoma (Olinda).*

Apesar dos avanços nas medidas preventivas, mantém-se a dificuldade de acesso e uma desorganização do sistema de saúde, bem como limitações relacionadas às disparidades territoriais, além de dificuldades relacionadas às condições de vida. Geralmente, nota-se uma fragmentação da rede, levando à descontinuidade nas ações assistenciais. Nesse cenário, para conseguir um diagnóstico e um tratamento definitivo, muitas vezes as mulheres se veem obrigadas a procurar vários serviços em diferentes municípios (ABREU; NASCIMENTO, 2019).

Após percorrer esse tortuoso caminho, as mulheres tiveram que lidar com o diagnóstico de uma doença crônica grave quando em estágio avançado como o CCU. O primeiro grande momento do processo de adoecimento é a descoberta da doença, com a quebra das crenças e da identidade. Até então,

mesmo que elas tivessem suspeitas de que algo grave estava em curso, elas não tinham certeza do que lhes acontecia (Bury 1982).

Medo foi a palavra que melhor definiu o momento de espera pelo diagnóstico. Esse substantivo foi a síntese dos sentimentos dessas mulheres, durante esse período de incertezas. Para a maioria das entrevistadas o diagnóstico de câncer foi totalmente inesperado, a ruptura foi marcante e acompanhada pelo estigma do câncer, que entra fortemente em cena. A partir do que foi relatado por elas, o momento do diagnóstico trouxe consigo devastação, incerteza, medo e depressão e, em alguns casos, sentimentos negativos frente ao parceiro.

Sobre a reação das participantes quando receberam o diagnóstico:

> *Foi difícil, foi difícil... porque eu não esperava, ninguém da minha família tem que eu saiba, né... eu pensava que isso era hereditário. Então eu não esperava mesmo, não esperava, eu sempre me senti uma pessoa superforte, na minha família nunca... imaginei que eu, principalmente eu ia ficar doente assim (choro...) e depois as coisas só foi piorando, piorando, você naquela fé, que doença maldita é essa, que doença maldita é essa (Angelina).*

> *Meu mundo caiu... sai de lá chorando, desesperada. Porque quando você recebe essa notícia, você logo pensa que vai morrer. Nossa minha vida acabou, pouco tempo de vida. Eu vim com esse pensamento, chorando, falando para os familiares e eles, incrédulos, falavam não, não é possível. Foi difícil...eu tava sozinha, porque eu fui fazer uma consulta normal, de rotina, eu estava só. Nossa, fiquei muito mal, muito mal mesmo (Jaciara).*

Para pessoas com diferentes tipos de câncer, o diagnóstico é mais do que apenas um fenômeno fisiológico, ele é carregado de significado social, que influencia a concepção da pessoa sobre si mesma, sua identidade e sobre o mundo (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011). De acordo com Silva et al (2008), o câncer desencadeia reações devastadoras tanto no âmbito físico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos.

A "situação crítica" desencadeada pelo diagnóstico de uma doença grave, potencialmente fatal, constitui uma forma de ruptura biográfica e desencadeia um repensar fundamental da biografia e do autoconceito. A ruptura biográfica é o momento em que as relações entre corpo, mente e cotidiano da vida estão ameaçadas (BURY, 1982).

Após receber o diagnóstico e enfrentar o sofrimento promovido por essa notícia, algumas mulheres encontraram dificuldade em contar para os familiares sobre o adoecimento.

> *Eu quis entender o que estava acontecendo realmente e foi quando eu cheguei em casa sem querer falar pra ninguém, nem para meu marido, mas eu só emagrecia muito, porque eu era forte, eu malhava e tinha uma vida saudável e de repente eu emagreci do dia pra noite. Aí foi quando minha família começou, meu marido e minha irmã a me perguntar por que eu estava tão magra. Mas aí eu tive que abrir o jogo porque eu estava com um câncer maligno IIB, porque eu tinha que começar o tratamento o mais rápido possível aqui no INCA. Eu fiquei quase 30 dias sem falar pra ninguém, mas aí eu emagreci tanto, doutora, tanto, tanto, que o pessoal achou que eu tava com depressão, tá doente. Foi quando eu abri o jogo pro meu marido pra minha irmã, para o meu espelho e depois eu contei pra minha mãe (Cristalina).*

Na fala de Cristalina, ela refere que ao contar para seus familiares, também teve que assumir para si mesma *"para o meu espelho"* o adoecimento. Percebe-se que verbalizar sobre a doença é afirmar que ela existe, nesse momento, a doença sai do plano de uma possibilidade para se tornar realidade.

Algumas mulheres disseram que foi muito difícil revelar o diagnóstico, porque já imaginavam a reação das pessoas e pensar no sofrimento que iam produzir no outro, também lhes era doloroso (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011). O câncer está entre as doenças fatais, por isso, frequentemente é uma das doenças não-ditas, "negadas ou escondidas quando se manifestam em algum membro de uma família" (LOYOLA, 1984, p. 137).

Esses elementos como parte dos processos de ruptura, demonstram que suas experiências não são influenciadas apenas pelo significado sociocultural do câncer ou pelo contexto social, mas também pela natureza dos sinais e sintomas e sua percepção de si mesmos e a percepção dos outros sobre eles. A incerteza, é aspecto chave para compreender a experiência de ruptura que se apresenta a partir do adoecimento (LOPEZ; TRAD; 2014).

A fase depois da descoberta do adoecimento é narrada a partir da compreensão de que se tornaram pessoas de alguma forma diferentes do que eram anteriormente e das outras pessoas. Depois de uma doença como o câncer, a vida passará a ser repensada. Segundo as mulheres entrevistadas, o que elas viam como importante, como o seu trabalho e seus sonhos profissionais, passam para um segundo plano, substituído pelos sentimentos em relação às pessoas, o amor que sentem pelas pessoas (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011).

> *Tudo mudou, tudo. Minha vida mudou de cabeça para baixo. É porque é como se os planos, não é o meu plano, não é a minha vontade. Tudo mudou! Praticamente eu tô tendo que recomeçar. É um recomeço (Marília).*

Nas narrativas, o período antes do adoecimento era caracterizado por vidas ativas, de trabalho, por relações familiares e sociais, marcadas por determinados modos de ser, de atuar e de viver, que de alguma maneira tiveram que ser reavaliados e alterados após o aparecimento da doença.

Após entender o tortuoso caminho percorrido até o diagnóstico e as suas repercussões na vida dessas mulheres, passamos à fase do tratamento.

Com exceção de uma das participantes do estudo, que foi diagnosticada com a doença em estadio inicial, todas as demais participantes chegaram à unidade de tratamento especializado com a doença em estadiamento avançado. O tempo perdido com o retardo do diagnóstico tem como consequência tratamentos mais agressivos, menos efetivos e com maiores efeitos secundários, que provocam maior comprometimento na vida das mulheres.

Os tipos de terapia disponíveis para tratamento do CCU incluem cirurgia isolada ou combinada com radioterapia para casos diagnosticados precocemente, ou radioterapia e/ou quimioterapia para casos mais avançados. Entre as mulheres entrevistadas, a maior parte delas realizou tratamento combinado de quimioterapia, radioterapia externa e braquiterapia.

Na etapa do tratamento, "perder' foi a palavra que melhor descreveu esse momento. Ao longo do tratamento, convive-se com perdas para as quais não há compensações. A perda não é somente pelas alterações na autoimagem, é, mais ainda, conviver com o afastamento de muitos familiares, companheiros/maridos e amigos, o adiamento de sonhos e realizações profissionais (Montagner e Montagner 2011). Para as mulheres entrevistadas, durante o período de tratamento a vida parece ficar em suspensão.

Ao longo de suas narrativas sobre o adoecimento, um dos temas relevantes abordado pelas mulheres foi a repercussão social do tratamento e na autoimagem. Os principais fatores para tal foram a perda do cabelo, bem como o emagrecimento, mas também surgiram falas relacionadas ao uso de ostomias e ao próprio estigma de "ser uma pessoa com câncer".

> *Eu queria ficar ali naquele período isolada até me recuperar, até porque eu não queria que as pessoas me vissem daquela maneira, sem cabelo, eu fiquei muito debilitada. Eu fiquei com uma aparência mesmo que parecia que 'ela vai falecer'. Eu me vi assim, entendeu (Marília).*

Nesse momento, o pior medo das mulheres, não era morrer, era enfrentar a imagem dissemelhante de seu corpo e de si mesma. Além do impacto de se ver diferente, a perda do cabelo torna evidente a doença para o mundo exterior. O CCU, a princípio, é uma doença que não "aparece", porém, a perda do cabelo expõe para o mundo que há algo "errado" em curso, torna evidente que algo aconteceu na vida das mulheres e as expõem a situações estigmatizantes.

> *Quando caiu de vez (o cabelo), eu lembro que, eu morei muitos anos*

> *com a minha mãe, então em volta tem muita gente que me conhece. Aí eu fui num restaurante comprar a quentinha e enquanto eu estava esperando, saiu o gerente lá de dentro. Aí falou: esse cabelo aí, cadê seu cabelo? Você está fazendo tratamento de quê? Não deu nem opção de eu querer ter cortado o cabelo. Já perguntando o que é que eu tinha. É isso que é o ruim de ter ficado sem cabelo, porque todo mundo que olha já sabe, né? Que é doença (Açucena).*

> *Ai, eu me achava horrível. Eu olhava no espelho e falava caramba, como eu estou horrível (Mariana).*

Segundo Goffman (1980), nas relações sociais, a experiência estigmatizante sempre envolve o olhar do outro sobre as diferenças que o acompanham e o classificam. Quando a característica distintiva é conhecida ou imediatamente evidente trata-se de uma pessoa desacreditada. Quando a pessoa se torna desacreditada, ou seja, sua característica estigmatizante pode ser percebida só ao lhe dirigir o olhar, como acontece com as mulheres que perdem o cabelo após o tratamento de quimioterapia, as interações com os normais pode tornar-se angustiante e expô-las a situações de invasão de privacidade. Essas interações podem levá-las a organizar a vida de forma a evitá-las, contribuindo para o isolamento social.

> *E quando eu fiz minhas quimio, que deu a queda do cabelo, que eu comecei a usar peruca, então o pessoal ria, porque eu tava com peruca, só ria muito, ficava cochichando, eu sabia que era comigo. Então aquilo me magoava muito lá na rua, porque na rua eu não me importava, mas quando eu chegava em casa eu desabava, porque, poxa, daí a gente está vivendo uma doença dessa (Cristalina).*

Na tentativa de conviver com essa situação e minimizar as repercussões negativas, as mulheres desenvolvem estratégias de enfrentamento e normalização. Bury (1982) refere que os adoecidos crônicos buscam desenvolver e utilizar estratégias novas frente à doença, como uma reação e tentativa de retomar suas vidas cotidianas anteriores.

> *E assim, é uma coisa que eu observo muito nas pessoas que quando veem a gente, quando está sem o cabelo, olhar terno, de tristeza, de angústia e eu me deparei muito com isso dentro do mercado. Às vezes encontrava conhecidos meus e começavam a chorar. E eu falava, tá chorando? Por quê? não chora, isso todo mundo passa. Eu, você, alguém, todo mundo vai passar. Então tem que ser forte. Cabelo é um adorno e ele vai crescer com o tempo. Então, eu vi o olhar de pena das pessoas, mas de tanto eu falar assim olha, seja forte. As pessoas falam assim você é a nossa base, porque você passa por tudo isso e dá força (Rosária).*

Algumas participantes também narraram situações de discriminação por terem sido diagnosticadas com câncer, independente de alterações em sua aparência. Isso devido ao estigma do câncer, até hoje visto como doença fortemente associada ao sofrimento e à morte. Vivenciar essas experiências de descrédito, vergonha e desvalorização contribuem para o isolamento das pessoas adoecidas e para a reavaliação de si mesmos.

> *A gente é discriminado. Tem essa doença. Nem todo mundo quer ajudar, nem todo mundo quer estar perto. É assim mesmo (Silvânia).*

> *Eu não tenho coragem de me relacionar com ninguém, porque eu tenho vergonha do corpo, devido à sequela que são as bolsas (ostomias). Também tenho vergonha de contar toda a história. É uma coisa que é cansativa, sabe. Você tem que contar por que você não pode fazer tal coisa... (Jaciara).*

Durante a fase do tratamento, como estratégia de gerenciamento do adoecimento, faz-se presente na vida das mulheres um isolamento de grande parte das relações sociais e das atividades diárias, que ocorre pela necessidade sentida ou exigida devido aos efeitos do tratamento ou para evitar imagens negativas e estigmatizadoras de si mesmas.

> *Minha vida tem se resumido nisso, porque eu não saio de casa. Eu não saio por causa das dores, do cansaço. Então minha vida é dentro de*

> *quatro paredes, da minha casa para a casa da minha irmã, que é no prédio vizinho. Quando eu saio é para lá. Minha vida tem sido essa há três anos (Vereda).*
>
> *Depois da doença, fico muito sozinha, é muito solitário (Mariana).*

Montagner e Montagner (2011) afirmam que todas as relações sociais sofrerão mudanças após o adoecimento e serão reavaliadas, o que levará as mulheres a repensar sua identidade e seus status social.

A realização do tratamento, a convivência com a doença e as percepções sobre o adoecimento desencadearam dois tipos de atravessamentos nas relações afetivas e sociais. De um lado, promoveram o fortalecimento dos laços com os familiares e com as pessoas que ofereceram apoio durante o adoecimento. Por outro lado, ocorreram rupturas nas relações de amizade e familiares, e nos relacionamentos amorosos.

As relações amorosas foi outro assunto bastante abordado nas narrativas. Percebeu-se duas vias, uma de fortalecimento dessas relações e a outra de rompimento. Esse foi um dos temas que mais trouxe incertezas e sofrimento para as mulheres durante o tratamento. Além de lidar com todas as alterações e rupturas causadas pelo adoecimento em suas vidas, elas tiveram que lidar com a insegurança, o medo e a dúvida nos relacionamentos amorosos.

> *Logo assim que a gente se conheceu, eu também já descobri, logo depois de poucos meses, que eu tava com esse problema e ele continua aí do meu lado também. Então a gente faz 5 anos juntos. Meu esposo me acompanha o tempo todo em tudo, na quimioterapia ele que vinha comigo, me acompanhava na braquiterapia, na radio (radioterapia) ele me levou todos os dias, dava um jeito me deixava lá na radio e depois voltava para o trabalho, depois que eu saísse da radio me buscava (Angelina).*
>
> *Porque eu tive duas coisas, uma eu fiquei boa, mas outra eu não conseguia mais ter relação sexual com o meu marido. Aí ele foi e me abandonou. Porque nesse período que eu tava fazendo tratamento eu*

> *tava na esperança que eu ia ficar boa, normal. Só que eu não fiquei boa normal, eu fiquei boa, mas eu não conseguia ter relação. Ele ficou muito desanimado e me abandonou (Jaciara).*

As repercussões do tratamento na autoimagem da mulher e na sexualidade do casal é reconhecido pela maioria dos participantes. Para todas as entrevistadas o adoecimento proporcionou alterações significativas das relações sexuais. Não poder mais tomar como certo algum atributo ou função valorizada que consideram fundamental para uma autoimagem positiva, como por exemplo o funcionamento sexual, pode provocar o auto descrédito entre as mulheres adoecidas.

Como estratégias de enfrentamento, as entrevistadas destacaram principalmente o apoio familiar e o uso da fé e da espiritualidade. Em boa parte das narrativas, foram observadas falas relacionadas à religião e espiritualidade para lidar com o diagnóstico e tratamento, especialmente com referência às igrejas neopentecostais.

> *Continuo em uma família maravilhosa que eu tenho. Eu sou de uma família de nove irmãos, todos maravilhosos, todos do meu lado, todos ali, entendeu? Minha família é um amor. Sabe o que é uma família amorosa é a minha. Eu agradeço todo dia a Deus por essa família maravilhosa e que me dá muita força, muita força (Graça).*

> *Eu frequento a Igreja, lá que eu recebo, parece que... se eu não for aí que eu fico mal, eu tenho que ir. Volto de lá outra, é o que me dá, parece que é uma dose diária de uma medicação que me ativa. Pra mim a fé é fundamental, sem ela eu acho que eu não ia suportar. Não ia suportar. Foi a fé, a fé me sustenta de verdade (Marília).*

O trabalho foi outro tema abordado pelas entrevistadas. As participantes discutiram o trabalho de diversas maneiras, incluindo trabalho doméstico e experiências anteriores de trabalho. O trabalho ocupa lugar central na vida dos sujeitos, e para as mulheres participantes da pesquisa, tanto as que estavam inseridas no mercado de trabalho quanto as que realizavam trabalho doméstico não remunerado, a vivência do trabalho foi transformada pelo câncer.

De maneira geral, as mulheres relataram que durante a fase pré-diagnóstica, enquanto estavam em busca de atendimento médico ou realizavam os exames, permaneceram em suas atividades de trabalho, apesar dos sintomas. Após o início do tratamento oncológico, todas foram afastadas totalmente de seus trabalhos. As mulheres que se declararam donas de casa também referiram mudanças na rotina de suas atividades devido ao tratamento.

A maioria das mulheres referiu dificuldades para a realização das atividades de trabalho após o início do tratamento, seja pelo desgaste físico ou emocional desencadeado pelo adoecimento, seja pelas idas recorrentes à unidade de saúde, ou pelas atitudes de seus patrões ou colegas de trabalho.

> *E aí, antes mesmo de começar o tratamento aqui, eu já tinha falado com o meu patrão que eu estava com câncer no colo do útero. Levei a biópsia para ele. Levei tudo e ele me chamou para conversar e me mandou embora, porque não dá pra ficar comigo devido que eu ia faltar muito com o tratamento (Cristalina).*

Desistir de algumas atividades diárias ou simplesmente ter consciência de não ser capaz de realizá-las, é um processo vivenciado com dificuldade por muitas mulheres com câncer, levando algumas destas a se sentirem inúteis.

> *Mas eu nunca me imaginei com 45 anos em cima de uma cama igual ao meu pai que está com 80, que está com Alzheimer. Eu estou tendo uma vida de velhice, como se eu estivesse velha e impossibilitada de fazer as coisas. Isso é muito ruim para a gente que é superativa, sempre fui muito, então é bem difícil aceitar, para ter paciência para esperar mesmo. Mas não tem outra coisa, ou você espera ou você enlouquece (Vereda).*

O desejo de voltar ao trabalho apareceu em diversos momentos das narrativas. A retomada do trabalho está relacionada à independência financeira, à possibilidade de contribuir para a subsistência da família e, para além das questões financeiras, o trabalho foi destacado como fonte de socialização e convívio.

> *Se eu pudesse, eu tivesse saúde. Mesmo com a doença controlada. Bem que eu queria voltar ao mercado de trabalho. Além da gente conhecer novas pessoas, sair de casa, da rotina de morar em comunidade e ter o nosso dinheiro no final do mês para poder comprar nossas coisas e poder viajar um dia para o Nordeste, dar o melhor para os nossos filhos, coisa que a gente não teve com a nossa mãe lá atrás. Pra ver a satisfação, né? Sair de manhã, chegar de tarde já com meu dinheiro no bolso era muito satisfatório. E hoje eu sinto muita falta, muita. Mas não tem mais condições de trabalhar fora (Cristalina).*

Essas narrativas apontam não apenas para o que se podia fazer antes e o que se pode fazer agora, mas, principalmente, para mudanças na maneira de ver e viver a vida, perpassadas por questões relacionadas ao corpo, ao comportamento, ao estilo de vida e às formas de se relacionar com os outros.

A ausência do trabalho e da vida social é algo difícil de administrar, a sensação de interrupção da vida e o fato de tornar-se dependente de outras pessoas, pela dificuldade de realizar sozinhas as atividades comuns do dia a dia, despertam o desejo de retomada da vida como ela era antes.

Trusson *et al* (2021) em seu estudo com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, constata que, após o adoecimento as mulheres se esforçam para revisar e inovar sua autoidentidade e identidade de trabalho em meio a restrições pessoais e sociais. A busca pela normalização refere-se ao esforço de colocar *entre parênteses* a doença e seus impactos no cotidiano e nos projetos de vida. Este processo envolve esforços empreendidos pela pessoa doente e seu entorno social para tentar regular a gestão e sentidos do cuidado e da condição crônica, em diferentes contextos (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011).

Para essas mulheres, era importante estar ativa e realizar suas atividades, era uma maneira de sentir-se útil. O corpo assume um aspecto de utilidade. O bom funcionamento do corpo se reflete na sua capacidade de trabalho e de não depender de outras pessoas, mesmo porque na maioria das vezes elas são responsáveis pela manutenção financeira de seus filhos e, às vezes, de algum parente próximo como pais, irmãos ou tios. Logo, seu corpo tem uma função

de manter financeiramente sua casa (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011). E, em outros casos, tem a função de garantir a reprodução social da família.

Depois da fase das narrativas referente às repercussões do tratamento em suas vidas, as mulheres abordaram a perspectiva de controle da doença e o choque com a descoberta do retorno ou persistência da doença.

Depois de realizar o tratamento e entrar no controle, as mulheres esperavam ter um momento de tranquilidade para reorganizar suas vidas e não ir aos médicos e ao hospital com tanta frequência. Entretanto, são surpreendidas nas consultas de rotina e informadas de que a doença voltou e necessitam retomar o tratamento. Nesse momento a frustração e a sensação da morte estão muito presentes (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011).

Após o diagnóstico inicial da doença e a realização do tratamento proposto, apenas a entrevistada que foi diagnosticada com a doença em estadio inicial, não apresentou recidiva. No momento da entrevista, apenas ela e mais uma participante estavam na fase de controle.

De maneira geral, a notícia da recidiva foi mais difícil que a do primeiro diagnóstico, pois já vinha acompanhada da frustração do primeiro tratamento não ter tido o efeito desejado, da incerteza se esse teria melhor resultado e se a doença não reapareceria novamente algum tempo depois.

> *Bem, eu comecei vindo de seis em seis meses na ginecologista, até que eles me examinaram e falaram que o negócio voltou. Aquilo foi um baque, me abalei de cima, do alto da cabeça até a planta do pé tremeu. Tudo, tudo tremeu na minha vida. Até parece que a gente está recebendo um diagnóstico da morte. Tu vai morrer sim (Graça).*

A notícia da recidiva provoca uma nova ruptura, com novo afastamento das atividades cotidianas e a retomada das idas frequentes ao serviço de saúde, além da administração dos sintomas do tratamento, desta vez mais agressivo. Ao medo, à dor e à incerteza provocada pela notícia da recidiva, soma-se o fato de que as propostas de tratamento têm maiores chances de sequelas (quimioterapia que provoca a queda do cabelo, cirurgias complexas com a realização de ostomias).

> *De lá para cá, eu tenho... aí foi tantas coisas que aconteceu... Eu fiz a quimioterapia novamente, mais cinco sessões, mas não tava tendo resultado. Aí mudou de quimioterapia de novo, aí não tava tendo resultado. Aí me mandaram para a área da pesquisa, não tava tendo resultado, aí depois eu ia para o outro tratamento da pesquisa sendo que eu já tava com anemia profunda não podia fazer e estava mijando sangue, (...) e eu não tô fazendo tratamento nenhum porque eu não tô conseguindo, não tá fazendo resultado, tô parada (Angelina).*

> *Nossa... foi muito assim estranho, porque eu me internei, aí eu fui dormir, passar a noite, aí de manhã o médico tinha falado que eu tinha que tomar meu banho para fazer a cirurgia (choro...), aí antes do maqueiro me chamar, ele falou assim tá na hora, aí eu falei eu vou no banheiro. Eu me lembro que foi a última vez que eu fiz, parece que é bobeira, mas foi a última vez que eu fiz xixi normal (Jaciara).*

O curso imprevisível do câncer gera incerteza e medo. A recidiva e a necessidade de mais um tratamento provocam novas rupturas na vida dessas mulheres e, por consequência, novos esforços de normalização. Podemos dizer então que o adoecimento por câncer provoca rupturas biográficas múltiplas e/ou persistentes (TRUSSON et al, 2021).

O medo e a frustração trazidos pela notícia da recidiva não são sem razão, pois será necessário continuar mais algum tempo em tratamento intensivo. A recidiva significa que tudo recomeça, exatamente quando as coisas estariam caminhando para voltar ao normal. A possibilidade da morte é mais iminente, são maiores a chance de perda de alguma outra parte do corpo e, ainda, o retorno do tratamento quimioterápico, só que dessa vez, ainda mais forte (MONTAGNER; MONTAGNER, 2011).

Algumas participantes relataram momentos de revolta e cogitaram não prosseguir com o tratamento. Entretanto, em seguida repensaram e realizaram o tratamento proposto.

> *É uma cirurgia grande, eu falei assim, grande como? Ela falou, a gente vai ter que tirar a bexiga, de repente a gente vai ter que colocar*

> *uma bolsa para você fazer as fezes por lá, colostomia... eu fiquei desesperada, chorando, falando eu não vou fazer, eu não vou fazer... Aí me chamaram para uma sala conversaram comigo, falaram que seria a melhor opção, porque se eu não fizesse isso, mas para frente eu não poderia nem operar. Ou era aquele momento ou não ia nem poder operar. E se eu não pudesse operar, o tratamento com a QT [quimioterapia], de repente, não seria eficaz (Jaciara).*

Pode-se considerar que diante da proposta de tratamentos invasivos e/ou com efeitos colaterais marcantes, as mulheres queiram evitar o sofrimento causado pelos procedimentos ou suas consequências, o que desencadearia a reação de negação à realização do tratamento em um primeiro momento. "A proposta de uma intervenção cirúrgica mais invasiva (e possivelmente incapacitante) pode também gerar instabilidade em um processo de adoecimento que já havia sido "normalizado" no cotidiano e história de vida" (CASTELLANOS, 2015, p.47).

Algumas das mulheres entrevistadas apresentaram mais de uma recidiva, o que implicou na realização de múltiplos tratamentos, gerando ainda mais incertezas, sofrimento e sequelas.

No decorrer do tratamento oncológico, pode chegar um momento em que já não exista a possibilidade de cura da doença, a partir de então a proposta passa a ser de cuidados paliativos[16]. Muitos pacientes podem conviver com o câncer fazendo o controle dos sintomas através do cuidado paliativo. Para mais da metade das participantes, no momento da entrevista, não havia mais proposta de tratamento curativo. Nesse caso, uma das opções é o encaminhamento para unidade especializada em cuidados paliativos, para tratamento paliativo exclusivo.

16 De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), o cuidado paliativo é definido como uma abordagem que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Considerações finais

O CCU é uma doença potencialmente evitável, seja com vacinação em idade precoce contra HPVs de alto risco oncogênicos, seja por meio de um programa de rastreamento com citologia ou testes de detecção de HPV. Em casos de doença, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e em tempo oportuno são fatores prognósticos significativos. Nesse sentido a prevenção e o controle do CCU permanecem como importante questão de saúde pública nos países periféricos, incluído o Brasil, ao se considerar a alta taxa de mortalidade frente às possibilidades de prevenção e cura.

Esta pesquisa buscou trazer o foco para as repercussões que o diagnóstico e o tratamento oncológico ocasionavam na vida das mulheres. Em geral, ocorreram mudanças significativas em suas vidas no que se refere à autoimagem, às relações familiares, sexuais e amorosas e às condições de trabalho. A motivação para realizar uma pesquisa como esta, surgiu com a intenção de apresentar as dimensões presentes nas experiências de adoecimento que se contrapõem à concepção de doença como processo biológico e individual. As narrativas sobre os eventos vividos a partir do adoecimento, consideradas como as formas através das quais as experiências foram percebidas pelas mulheres, contadas ou recontadas e transmitida para os outros, contribuíram para aprofundar a compreensão das experiências do adoecimento.

Não apenas no momento do diagnóstico, mas também nas fases pré-diagnósticas, enquanto se espera uma resposta, e pós-diagnósticas, início do tratamento, pode-se identificar momentos críticos, que promovem rupturas e aumentam as incertezas, provocando tensões, temores e negociações em torno do adoecimento.

Na análise das narrativas foram evidenciados episódios presentes nos processos vivenciados pelas mulheres, de observar e valorizar sinais e sintomas e dar um nome à anormalidade que se tornou doença, o enfrentamento e a

ruptura causada pelo diagnóstico, os tratamentos sugeridos e seguidos, os efeitos do tratamento, as diferentes estratégias desenvolvidas para enfrentar a nova condição e as novas formas de inserção na vida social.

O sofrimento provocado pelos sinais e sintomas e o diagnóstico da doença não termina com a chegada ao centro especializado e a definição do tratamento. As intervenções biomédicas resultam em diferentes efeitos, que se estendem desde aspectos imediatos referentes às reações adversas até modificações no curso da vida das mulheres: mudança de papéis, frustração de sonhos e planos futuros; alterações na autoimagem; sofrimento físico e moral; medo de retorno da doença; receio de serem discriminadas e estigmatizadas; dificuldade para revelação pública do diagnóstico; medo do isolamento social; temor de serem abandonadas pelos/as parceiros/as, dentre outros. É nesse sentido, que o adoecimento por CCU, como evento que provoca ruptura biográfica, precisa ser abordado, pois todos os aspectos da vida da mulher são atingidos e modificados após o adoecimento. As narrativas contêm os diferentes significados do adoecimento e as repercussões desencadeadas em suas vidas cotidianas.

O controle do câncer de colo de útero no Brasil deve ser uma questão prioritária pela alta incidência e mortalidade e, principalmente, por ser uma doença amplamente prevenível. O combate a este tipo de câncer não apenas salva vidas, mas também expõe e busca corrigir profundas desigualdades sociais e regionais no acesso à saúde. As narrativas sobre os eventos vividos a partir do adoecimento, consideradas como a forma através dos quais as experiências foram percebidas pelas mulheres, contadas ou recontadas e transmitida para os outros, contribuíram para aprofundar a compreensão das experiências do adoecimento.

Esperamos que esse trabalho possa dar visibilidade e reconhecimento ao adoecimento crônico pelo CCU enquanto evento que promove e/ou acirra situações de vulnerabilidade das mulheres, como mais uma forma de luta contra a doença. Que este estudo sirva para sensibilizar e fortalecer a implementação

de políticas públicas que visem proteger a saúde das mulheres e evitar tantas trajetórias de descaso, abandono e sofrimento.

Referências

ABREU, G. P. DE; NASCIMENTO, R. DE C. DE S. Reflexos das políticas públicas sobre a mortalidade por câncer do colo uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 43, supl. 1, p. 152-168, jan./mar. 2019.

BELL, S. E. Narratives and lives: women's health politics and the diagnosis of cancer for daughters. **Narrative inquiry**, Washington, v. 9, n. 2, p. 347–389, 31 dez. 1999.

BRENNA, S. M. F., HARDY, E., ZEFERINO, L. C., NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul./ago. 2001.

BURY, M. Illness narratives: fact or fiction? **Sociol Health Illn**, [S. l], v. 23, n. 3, p. 263-285. dez. 2001.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociol Health Illn**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 167–182, jul. 1982.

CAÇADOR, T. G. V.; GOMES, R. A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 8, p. 3261–3272, ago. 2020.

CANESQUI, A. M. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: CANESQUI, A. M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 3–26.

CASTELLANOS, M. E. P. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. In: CASTELLANOS, M. E. P. et al. (org.). **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. EdUECE, 2015, p. 35–60.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 1065–1076, abr. 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207–1214, set./out. 2002.

INCA. **Quimioterapia**. 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/

tratamento/quimioterapia. Acesso em: 27 jul. 2025.

INCA. **Radioterapia**. 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia. Acesso em: 27 jul. 2025.

INCA. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 7 mar. 2025.

INCA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero**. Relatório Anual 2022. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

LÓPEZ, Y. A. A.; TRAD, L. A. B. "Antes e depois da LMC": experiências e dimensões da leucemia mieloide crônica como uma ruptura biográfica. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2199–2208, out. 2014.

LOYOLA, M. A. **Médicos e Curandeiros**. São Paulo: Difel, 1984.

MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. Â. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 193-216, jun. 2011.

OPAS/OMS. **Câncer do colo do útero**. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 28 Jul. 2025.

OPAS/OMS**. Controle integral do câncer do colo do útero**. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 jun. 2025.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763–1773, set. 2013.

SIVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev bras ter cogn**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008.

TRUSSON, D.; TRUSSON, C.; CASEY, C. Reflexive self-identity and work: working women, biographical disruption and agency. **Work, Employment & Society**, v. 35, n. 1, p. 116-136, 2021.

WHO. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllo wed=y. Acesso em 9 jun. 2025.

Capítulo 21

Seminários Rotas Críticas: narrativas de violências de gênero

Stela Nazareth Meneghel

A ideia dos seminários

Este texto tem por objetivo apresentar a ideia e uma síntese das discussões que ocorreram em onze edições de um seminário que chamamos Rotas Críticas. A pesquisa sobre as rotas críticas percorridas pelas mulheres em situação de violência foi inspirada em um estudo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 10 países da América Central e do Sul, denominado de "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar" (Sagot, 2000).

A pesquisa incluiu 16 países da América Central e Andina, porém o Brasil não fez parte da amostra, fato que nos instigou a propor uma investigação utilizando alguns dos referenciais e métodos desenvolvidos na experiência anterior, adaptando-os à realidade brasileira.

A rota crítica começa com a decisão das mulheres em situação de violência de apropriar-se de suas vidas e um dos objetivos da pesquisa foi identificar os fatores que impulsionam as mulheres a buscar ajuda, as dificuldades para levar adiante esta decisão, as respostas institucionais e as percepções das mulheres e profissionais das instituições de atendimento sobre a violência intrafamiliar, incluindo trabalhadores dos setores saúde, jurídico-policial e social.

Na proposta que elaboramos "Violência intrafamiliar e de gênero: a trajetória de mulheres na superação do sofrimento"[17], queríamos saber qual a trajetória das mulheres em situação de violência no Brasil, especificamente na região sul do país, e para discutir a pesquisa, pensamos em realizar um seminário com a autora costa-ricense do projeto inicial, desta maneira organizamos um encontro, que constituiu o primeiro seminário.

A ideia deste primeiro encontro - O Seminário Rotas Críticas - era aprofundar o conhecimento sobre pesquisa inicial, discutir com a autora a adaptação do projeto no Brasil, que envolvia a tradução e adequação à realidade brasileira dos instrumentos utilizados para conversar com as mulheres e com jovens em entrevistas individuais e grupais, além das conversas com operadores das instituições que fazem parte dos serviços dos diferentes setores que atendem as mulheres.

Esse encontro alavancou o primeiro seminário, que chamamos Rotas Críticas, pois além das discussões metodológicas com o grupo de pesquisa, convidamos a professora Montserrat Sagot, professora da Universidade da Costa Rica para vir ao Brasil, discutir o projeto de pesquisa e fazer uma palestra sobre o tema. Além disso, pedimos a pesquisadoras e militantes feministas locais apresentarem dados e pesquisas sobre as violências na realidade brasileira.

17 Edital MCT/CNPq/PR-SMP 45/2005. Relações de gênero, mulheres e feminismos. Processo 401764/2005-2. Autoras. Stela N. Meneghel e Elida A. Hennington.

Seguiram-se dez outros encontros do Seminário Rotas Críticas, um evento cujo foco são as violências e vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero em sua intersecção com outras categorias como raça, idade e classe social. Os seminários iniciaram, portanto, com o encontro para discutir a pesquisa denominada "Violência Intrafamiliar e de Gênero: o caminho das mulheres no enfrentamento do sofrimento", realizado em 2006[18]. O impacto que o Seminário produziu entre os trabalhadores sociais e militantes que atuavam na luta contra as violências motivou-nos a organizar sucessivas edições, várias delas financiadas pelo CNPq através do Edital de Apoio à Realização de Eventos, com a colaboração do Ministério da Saúde e da Rede Unida.

Os seminários, que tiveram grande participação já no primeiro deles, motivaram a organização dos demais, cujos temas foram: ferramentas para trabalhar com as violências, situações limite das violências, gênero no âmbito das políticas públicas, femicídios e feminicídios, equidade de gênero, desigualdades de gênero, corpos feminizados em situação de prisão e narrativas de mulheres. Estes encontros foram realizados em São Leopoldo (I), Porto Alegre (II, III e V, VIII, IX, X), Rio de Janeiro (IV), Fortaleza (VI), Campo Grande (VII) e Santa Maria (XI). Quatro seminários foram realizados como conjuntamente aos Congressos da Rede Unida, nos anos 2012, 2014, 2016, 2024 e várias atividades foram produzidas nos congressos regionais da Rede Unida. Foram publicados dois livros com os temas discutidos nos seminários: "Rotas Críticas – Mulheres enfrentando as violências" (Meneghel, 2007) e Rotas Críticas – ferramentas para trabalhar com gênero" (Meneghel, 2009), além de dois conjuntos de textos divulgados na revista Athenea digital e inúmeros artigos em periódicos.

Os Seminários têm como público-alvo alunos de graduação e pós-graduação, profissionais e trabalhadores das áreas saúde, educação, segurança pública, direito, serviço social; pesquisadores e professores de universidades nacionais e internacionais, além de ativistas e militantes feministas e de causas sociais. Em suas diferentes edições conta com a colaboração de pesquisadores de inúmeras universidades e grupos de pesquisa do Brasil, além

18 CNPq Edital Universal 2007. Processo 472238/2007-8

de pesquisadores das Universidades da Costa Rica, Nicarágua, Espanha, Itália e Haiti. O Seminário constitui uma oportunidade para a aproximação entre pesquisadores, trabalhadores sociais e militantes de movimentos feministas, antiracistas e dos direitos humanos, contribuindo para fortalecimento de redes e construção de estratégias coletivas para enfrentar os efeitos das violências.

O Seminário Rotas Críticas objetiva a publicização de dados de pesquisa, mas também contribui para a capacitação de trabalhadores sociais através da disponibilização de ferramentas práticas para fazer frente às violências. A programação é estruturada na apresentação de palestras e pesquisas, relatos de experiência e momentos culturais. Em todos os encontros há espaço para a cultura, incluindo apresentações musicais, recitais de poesias, exposições de fotografias e tendas de artesanatos. Suelen Mater, cantora lírica e aluna de graduação na área da saúde, proporcionou a audição de trechos de músicas eruditas em vários encontros.

Os resultados da pesquisa inicial que gerou estes encontros mostraram uma situação similar a outros países da América Latina, ou seja, a rota crítica das mulheres que decidem romper com a violência é longa, atravessada por avanços e retrocessos, desprovida de apoio e, em muitas situações ocorre revitimização pelos serviços que deveriam acolhê-las. Mesmo com a recente criação no Brasil de leis e políticas públicas para atender as mulheres e suas famílias, nem todas são atendidas, há carência de locais protegidos como casas abrigo ou de passagem, onde as mulheres possam ficar com segurança, e muitos operadores e serviços ainda se conduzem com as usuárias de modo autoritário e machista (Presser, Meneghel, 2008; Meneghel, Bairros, Mueller et al, 2011). Mesmo assim, muitas mulheres ouvidas na pesquisa referiram a proteção que lhes é conferida pela Lei Maria da Penha, a "maria da penha" como é mencionada popularmente (Meneghel, Mueller, Collaziol, Quadros, 2013), rompendo com a situação em que a violência contra a mulher era considerada situação de baixo potencial ofensivo, não havia punição aos ofensores e as mulheres estavam completamente desprotegidas.

Historicamente, os trabalhadores sociais e de saúde, sobre os quais recai grande parte das ações de enfrentamento às violências, não têm sido qualificados para o atendimento destas situações, além do fato de que na maioria dos municípios brasileiros não há um serviço de retaguarda para acolher uma mulher em situação de violência ou com ameaça de morte.

O Seminário Rotas Críticas está validado pela comunidade científica, pela militância feminista e pelos serviços que compõem a rede de combate às violências. É gratuito e constitui uma atividade de aperfeiçoamento e sensibilização para os trabalhadores de serviços que compõe a rede de enfrentamento às violências.

Os seminários constituem um espaço de muitas vozes, de diversidade de pontos de vista, filiações teóricas e políticas. Encontro entre academia, serviços, movimentos sociais, pesquisadoras/es e militantes brasileiros/as, latino-americanas/os europeias/eus. Apesar de tratar um tema que causa tanta consternação e indignação, o encontro propicia um espaço de Inter-fecundação de ideias, por meio do qual nos re-energizamos para o trabalho cotidiano e para o enfrentamento das violências.

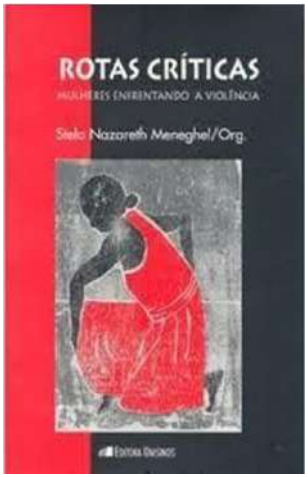
Os seminários

Rotas Críticas 1 – mulheres enfrentando as violências

No ano de 2006, foi organizado o primeiro seminário denominado Rotas Críticas, cuja ideia inicial era discutir a pesquisa "Violência Intrafamiliar e de Gênero - o caminho das mulheres no enfrentamento do sofrimento" (Sagot, 2000). Para realizar esta proposta, convidamos a pesquisadora Montserrat Sagot, coordenadora da investigação realizada na América Central.

Os temas apresentados incluíram a rota crítica da violência intrafamiliar nos países latino-americanos, o relato da pesquisa pioneira, e a apresentação

de trabalhos, pesquisas e experiências de pesquisadoras brasileiras no combate às violências contra a mulher.



Dentre as pesquisas locais apresentadas, discutiu-se a violência emocional, muitas vezes invisibilizada ou subestimada e elencaram-se algumas possibilidades de enfrentamento das violências, incluindo propostas de atividades grupais de apoio e a Lei Maria da Penha.

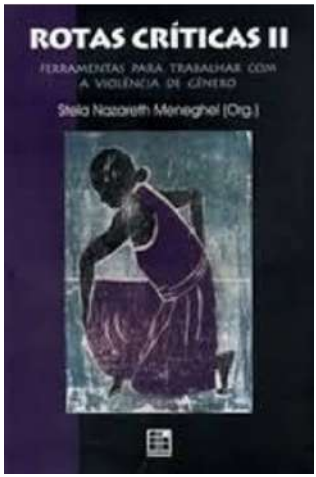
Compuseram as apresentações do seminário e os capítulos do livro: *A rota crítica da violência intrafamiliar nos países latino-americanos,* escrito por Montserrat Sagot e *As rotas que estamos percorrendo*, relatada pela equipe brasileira. *Violência de gênero, em busca do fortalecimento de mulheres*, um texto de Patrícia Grossi que discute a importância dos operadores sociais no acolhimento às vítimas de violência. *Observações sobre pesquisa autobiográfica e concepções feministas: metodologias para refletir sobre a violência doméstica e a Educação*, escrito por Edla Eggert e O *sofrimento emocional de mulheres em busca de ajuda, texto de Marlene* Strey. *Maria da Penha: da dor ao combate* e *A violência doméstica na justiça* foram apresentados por pesquisadoras do campo do direito (Meneghel, 2007).

O seminário produziu impacto, principalmente em locais onde se estavam organizando serviços de atenção a mulheres em situação de violência.

Rotas críticas 2 - Ferramentas para trabalhar com a violência de gênero

O Seminário Internacional Rotas Críticas II: "Ferramentas para trabalhar com a violência de gênero" foi realizado em Porto Alegre, no ano 2008 e teve como principal objetivo identificar e discutir estratégias para ajudar os trabalhadores sociais e de saúde, assim como as mulheres afetadas, a enfrentar as violências. As palestras de abertura do seminário: *O que precisamos fazer para enfrentar as violências contra as mulheres?* proferida por Montserrat Sagot e *A importância da perspectiva discursiva para os estudos de gênero,* enunciada por Lupicinio Iñiguez, professor da Universidade Autônoma de Barcelona, contribuíram para enriquecer as possibilidades de atuação dos trabalhadores sociais em relação às situações de violência.

A estrutura do Seminário contemplou três grandes eixos de discussão pautados nas seguintes questões: estratégias para romper com as violências; ferramentas para trabalhar com violência de gênero e experiências dos serviços.



As discussões foram publicadas em um segundo livro sobre as Rotas Críticas (Meneghel, 2009) e na Revista Athenea Digital (Meneghel, Vial, 2008). Destas obras, destacamos alguns textos: *Romper com a violência contra*

a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde, escrito por Lilia Blima Schraiber e Ana Flavia D'Oliveira; *Ferramentas para trabalhar em gênero: Análise da conversa*, por Ana Cristina Ostermann e *Refletindo sobre violência de gênero e mulheres negras: a experiência da ONG Maria Mulher*, por Maria Luisa Pereira Oliveira.

Em relação aos recursos metodológicos – as ferramentas - Lupicínio Iñiguez destacou a Análise Crítica do Discurso (ACD), que entende a possibilidade da linguagem de legitimar a dominação, a exclusão social e as desigualdades. A ACD estuda as relações entre discurso, poder, dominação e desigualdade social. A dominação no mundo atual é produzida pela persuasão, dissimulação e manipulação, por meio dos textos, discursos e conversas. Manifestações sutis de dominação podem ser expressas pela entonação, estilo lexical, figuras de retórica, estruturas semânticas, estratégias de tomada de turnos e polidez.

Ana Osterman, ao referenciar a Análise da Conversa (AC), mostra que o tom insolente de falar em contextos específicos (tribunais ou aulas) ou por membros (homens versus mulheres) caracterizados pela aproximação/afastamento, hesitações, pausas, risadas, interrupções, dúvidas, termos lexicais específicos, dentre outras figuras de linguagem, podem expressar sexismo, racismo, elitismo ou outras formas de dominação.

Rotas críticas 3 – Situações limite da violência contra as mulheres

O Seminário Rotas Críticas III, realizado em Porto Alegre, no ano 2011, focou as situações limite da violência contra as mulheres, considerando o femicídio como uma destas situações. Utilizou-se o conceito de femicídio, que no momento do seminário ainda era pouco discutido no Brasil. No processo de discussões e trocas de ideias com Montserrat Sagot, que ocorreram durante o processo de realização da pesquisa Rotas Críticas, emergiu com muita força a importância de

pesquisar os femicídios, que apresentavam taxas alarmantes na América Central e mesmo no Brasil, onde apresentava e, segue apresentando, a quinta taxa mundial.

Utilizou-se a noção de "situação limite" (Meneghel, 2012), a partir da compreensão da violência como uma infração de direitos humanos, considerando as situações limite como violações de direitos humanos das mulheres e de corpos feminizados, incluindo os femicídios ou assassinatos motivados pela situação de gênero; assassinatos de pessoas LGBT (lésbicas e travestis) , violações e mortes de mulheres pertencentes a minorias étnicas e raciais, indígenas e negras; morte de mulheres ou jovens aliciadas para a exploração sexual. Incluímos na investigação das mortes femininas por agressão, os homicídios de pessoas LGBT, a despeito das discussões da época que restringiam os femicídios às mulheres (Guimarães, Meneghel, Garanha et al, 2013). Desta maneira, apresentamos e discutimos no terceiro seminário as mortes em que a condição de gênero foi determinante para a ocorrência da agressão, incluindo os corpos feminizados, questionando o aumento da violência e dos crimes de gênero no Brasil e em outros países latino-americanos e da América Central.

Programa do Seminário Rotas Críticas 3

No Rotas 3, ao mesmo tempo em que se avançou na discussão acerca da eliminação violenta dos corpos femininos e feminizados, abriu-se espaço para apresentar denúncias e ações de outros coletivos e atores, como a Campanha "Ponto Final na Violência contra a Mulher" e o "Dicionário Feminino da Infâmia".

E, da mesma maneira que tematizamos a violência letal - um tema que gera perplexidade, dor, raiva, impotência e frustração, investiu-se nos enfrentamentos, na arte como suporte para a saúde mental, para a vida e para o bem viver. Assim, na programação cultural houve a apresentação de vídeos, do canto lírico de Suelen Mater e da intervenção cênica protagonizada pelos atores Plinio Mosca e Adriana Ferting, enfermeira e atriz.

Rotas Críticas 4 – Políticas e Experiências de Enfrentamento da violência de gênero

A quarta edição do Seminário Rotas Críticas foi realizada em 2012, no Rio de Janeiro, junto ao 10º Congresso Internacional da Rede Unida, apresentando o tema Políticas e Experiências de Enfrentamento da Violência de Gênero. A programação contou com inúmeras atividades, távolas, rodas de conversa, oficinas, relatos de experiências e apresentações de trabalhos e teses, além da participação de pesquisadores e militantes que atuam com questões referentes a gênero, no âmbito nacional e internacional.

Programa do Seminário Rotas Críticas 4

Estiveram presentes no Rotas 4, várias pesquisadoras e ativistas feministas latino-americanas: da Costa Rica vieram Montserrat Sagot e Ana Carcedo, fundadora do Movimento para a Libertação das Mulheres e do Centro Feminista de Informação e Ação (CEFEMINA). Mirta Kennedy, diretora do Centro de Estudos de Mulheres de Honduras (CEM-H) e Jessi Manigat, membra da Coordenadoria de Defesa Nacional pelos Direitos das Mulheres (CONAP), do Grupo Mulheres do Haiti e da Comissão Oficial para o desenvolvimento da paz no Haiti, além de Lupicinio Iñiguez, da Universidade Autônoma de Barcelona.

Dentre as muitas atividades desenvolvidas nos seminários, realizamos, pela primeira vez, uma oficina de bonecos sexuados, uma atividade de educação em gênero e sexualidade, que iria se repetir em vários outros congressos e pré-congressos da Rede Unida. Descrevemos esta experiência da seguinte maneira:

> *Para esse evento, levamos nossas máquinas de costura objetivando auxiliar o processo e o grupo propôs uma divisão de tarefas, organizando uma "linha de montagem", na qual alguns cortavam o tecido, outros costuravam e, após, outro grupo fazia o enchimento,*

colocava os cabelos, os órgãos sexuais e as vestimentas. Na avaliação dessa oficina, observamos quanto o grupo organiza o processo de trabalho e recria a técnica de modo singular, e quanto os bonecos – que inicialmente pensávamos como instrumento para auxiliar o diagnóstico de violência sexual na infância – foram repensados como dispositivos para alavancar outras discussões com outros temas e grupos etários (...) de modo que os bonecxs ajudam a compreender as limitações e contingências impostas pelo tempo ou pela vida ao corpo de cada um, produzindo uma aceitação entre o corpo "ideal" e o corpo "real" (Meneghel, Danilevicz, Fonseca, 2019, p.5).

Oficinas de bonecos sexuados – Seminário Rotas Críticas 4 e Encontro Regional Norte Rede Unida

Rotas Críticas 5 – Reflexões sobre o feminicídio e Rotas Críticas 8: #feminicídios: precisamos falar sobre isso

As discussões sobre os femicídios/feminicidios aconteceram nestes dois seminários em que ampliamos o conceito inicial de situações limite, para

falar de femicídios. Em relação à nomenclatura, usamos o conceito de femicídio (antes da lei, no quinto seminário) e passamos a denominar feminicídios (após a positivação da lei brasileira, no oitavo seminário). Partimos do conceito original de Diana Russel e Jill Radford (1992), que considera femicídios, os homicídios de mulheres devido ao fato de serem mulheres.

As mortes violentas de mulheres estão atravessadas pelas concepções restritas de gênero, naturalizado como sexo biológico e excluindo a dimensão social destas mortes que o senso comum associa apenas aos crimes perpetrados por parceiro íntimo.

Programa do Seminário Rotas Críticas 5

Os seminários que focaram o tema dos femicídios/feminicídios publicizaram pesquisas com dados do Datasus para analisar as mortes femininas por agressão, de modo similar às estatísticas apresentadas nos Mapas da Violência (Waiselfisz, 2015) e no Atlas da Violência contra a mulher (IPEA, 2023). Usamos vários recortes territoriais para estudar as mortes femininas por agressão: UFs, municípios populosos, MCH-RS e linhas de fronteira. A análise das mortes femininas por agressão segundo UFs brasileiras mostrou que nos locais onde as taxas de mortes violentas de mulheres são maiores, a mortalidade

masculina por agressão também é elevada (Meneghel, Hirakata, 2011). Os feminicídios ocorrem principalmente nas regiões onde a masculinidade violenta e tóxica vigora e é aceita, onde os conflitos são resolvidos com o uso de armas e onde as mulheres ocupam uma posição de subordinação: nos lugares onde os homens morrem por violência, as mulheres também morrem. Esta associação apareceu em todos os recortes territoriais estudados.

Outro dado gerado nestas pesquisas e publicizado nos seminários é o percentual de mortes femininas por agressão que pode ser considerada feminicídio. Em estudo realizado em Porto Alegre na Delegacia de Homicídios, encontrou-se 64% de feminicídios entre os homicídios de mulheres. Neste estudo (Meneghel, Margarites, 2017; Margarites, Meneghel, Ceccon, 2017) considerou-se feminicídio os homicídios perpetrados por parceiro íntimo, mas também mortes de trabalhadoras sexuais, execução de mulheres ligadas ao tráfico e mortes com agressão sexual. Considerar feminicídio apenas as mortes perpetradas por parceiro íntimo, significa subnotificação dos feminicídios, deixando de fora uma parcela importante destas mortes, e diminuindo as possibilidades de impactar neste evento.

Seminário Rotas Críticas 5 – Abertura e Exposição de Arte

Rotas críticas 8 – # precisamos falar sobre o feminicídio

A oitava edição do Seminário Rotas Críticas foi realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2017, e o tema central foi #**precisamos falar sobre o feminicídio**, indicando a necessidade de falar sobre os assassinatos de mulheres motivados pela condição de gênero. Este seminário discutiu os feminicídios observados do ponto de vista interseccional, atingindo principalmente mulheres pobres e racializadas e, incluindo no conceito, as mulheres trans.

A síntese do oitavo Seminário foi publicada na Revista Salud Colectiva (Meneghel, Gomes, Sagot et al, 2019) e reproduzimos o resumo da publicação:

"Feminicidios: necesitamos hablar de eso", fue realizado en Porto Alegre, en 2017. El artículo comparte la reflexión crítica y las conversaciones entre investigadoras brasileñas e hispanoamericanas, buscando potencializar acciones de enfrentamiento a las violencias. La publicación de síntesis como esta constituye una oportunidad de hacer públicos los datos de investigaciones que incluyen la denuncia de situaciones específicas de riesgo y vulnerabilidad. Los feminicidios aumentaran bajo el modelo neo-liberal que está ocurriendo en los países de América Latina y hay una sobremortalidad de mujeres jóvenes, migrantes, sin redes de protección, pobres y racializadas.

A análise dos dados procedentes dos inquéritos policiais das mulheres vítimas de homicídio na cidade de Porto Alegre (Meneghel, Margarites, Ceccon, 2022) fez com que a equipe da pesquisa se defrontasse com narrativas que deixavam claro a presença na cidade de Porto Alegre do terror sexual, parte da política de assassinato de mulheres (Radford, Russel, 1992). Uma das narrativas presentes nos inquéritos policiais diz:

Ela (uma jovem de 21 anos) foi morta por asfixia mecânica, estupro e tortura. Costumava prostituir-se nas proximidades do local onde foi encontrada, no bairro Restinga, que possui região rural e mata. Foi encontrada no mato

em posição de quatro, sem roupas íntimas, amarrada em uma árvore pelo pescoço com um extensor e cabo de aço. Região anal e vulvar ensanguentadas, com vestígios de violenta agressão, foi violentada antes de ser morta. Dois preservativos ao lado do corpo, um deles com líquido não identificado. Indiciado com antecedentes criminais: estupro e violência sexual, foragido.

O feminicídio, um ato de controle dos homens sobre as mulheres, funciona como suporte do patriarcado (Biglia, San Martin, 2005; Delphy, 2009) e, quando ocorre em cenários de terror e de ódio, não se limita à morte, havendo violação, tortura, mutilações ou estupros coletivos antes do assassinato. A violação que ocorre nos crimes de ódio tem por objetivo o aniquilamento da vontade da vítima, que é expropriada do controle sobre seu espaço-corpo. Para Rita Segato (2016) esse ato é político e repete com uma mulher específica o processo colonial de subordinação de populações pobres de países periféricos.

Foto: Instalação de rua: Às mulheres mortas por violência (San José, Costa Rica, 2010)

Rotas críticas 6 - Equidade de gênero

Em sua sexta edição, Rotas Críticas tematizou a equidade de gênero nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. O seminário foi realizado junto ao Congresso Internacional da Rede Unida, em Fortaleza, em 2014. A sexta edição focou o tema da equidade de gênero na atenção básica; na atenção à saúde da mulher; nas redes intersetoriais; no âmbito da interseccionalidade racial e econômica, abordando conceitos, pressupostos e políticas públicas, assim como indicadores e ferramentas para avaliar a equidade de gênero.

A Secretária Executiva da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, Lourdes Bandeira, abriu o evento com a conferência *Equidade de Gênero no Brasil* abordando a violência e as vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero na sociedade.

Durante as atividades do Congresso da Rede e do Seminário, as e os participantes se mobilizaram e realizaram um "apitaço", em apoio ao movimento *Eu não mereço ser estuprad@!* que ganhou as redes sociais no memento do evento devido a uma pesquisa divulgada pelo IPEA.

Apitaço: #eu não mereço ser estuprada!

Rotas Críticas 7 – Desigualdades de gênero

Na sétima edição, organizada no âmbito do 12º Congresso da Rede Unida, em Campo Grande (MS), no ano de 2016, o tema foi a desigualdade, incluindo a discussão das iniquidades de gênero, mas sem deixar de falar sobre as possibilidades de resistência e enfrentamentos. A palestra de abertura foi proferida por Montserrat Sagot, a mentora destes encontros, sempre presente.

Foram organizadas diversas rodas de conversa para apresentação e discussão de trabalhos e relatos de experiências sobre equidade/iniquidades de gênero na atenção básica e em outros serviços de atenção as mulheres.

Programa do Seminário Rotas Críticas 7

Uma das atividades comunitárias realizadas durante o Seminário, foi a sessão de contação de histórias no Museu da Medicina de Campo Grande, dirigida a estudantes das últimas séries de escolas de ensino fundamental do município, ocasião em que se trabalhou com o relato de vida de uma indiazinha guarani kaiowá, mostrando a luta e as perseguições que os indígenas da região têm sofrido para regularizar suas terras (Colman, Marques Pereira, 2021; Gauditano, 2025).

Oficina de contação de histórias

Rotas Críticas 9 – Gênero, criminalidade e corpos feminizados em situação de prisão

O nono encontro ocorreu em Porto Alegre, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2018, focado na questão da criminalidade na população feminina.

A palestra de abertura foi proferida por Montserrat Sagot, abordando os *Efeitos das políticas neoliberais e da necropolítica na vida das mulheres.* Montserrat abordou os conceitos de fascismo social e de necropolítica, ampliando o conceito formulado por Achiles Mbembe (2018), para incluir a perspectiva de gênero. Os determinantes sociais da necropolítica que incide sobre as mulheres na etapa atual do capitalismo, sobretudo sobre as pobres e racializadas, incluem as ações de encarceramento crescente de mulheres.

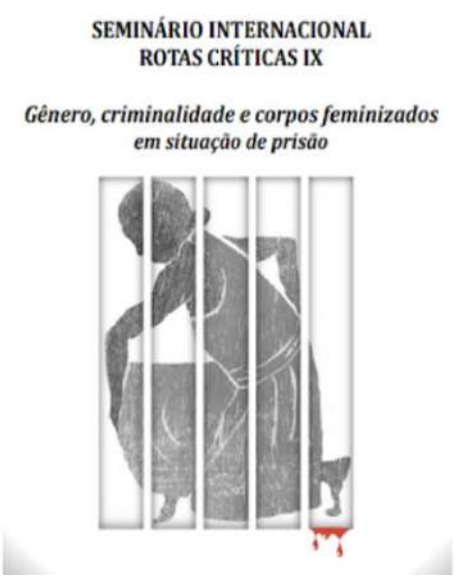
A discussão sobre *Mulheres e corpos feminizados, violência prisional e direitos humanos*, foi coordenada por Carmen Hein Campos e Dani Rudnicki que apresentaram dados estatísticos em casas prisionais, frequência e

condições do encarceramento feminino no Brasil, discutindo o estupro como instrumento de controle de corpos femininos e feminizados.

Foi exibido o documentário *Encarceramento em Massa*, encarceramento que incide sobre a população de pobres e negros no Brasil. Na palestra de encerramento *Políticas de Encarceramento de Mulheres Negras no Brasil* proferida por Juliana Borges (2019), a autora explica como os determinantes históricos e sociais presentes no Brasil Colônia e no modelo econômico de *plantation* sustentado pelo trabalho escravo, em que o negro era destituído de sua humanidade e tratado como um objeto, deram origem à necropolítica, que persiste no Brasil *cordial e pacífico*, até o momento atual. Este violento processo de exclusão, racismo e discriminação tem como um dos efeitos as cifras elevadas e ascendentes de encarceramento da população negra.

No momento cultural, Cristal Rocha e Agnes "com G mudo", jovens negras poetisas e estudantes da Universidade, declamaram seus textos poéticos, precedendo a sessão de autógrafos da obra "O que é Encarceramento em Massa?", da autoria de Juliana Borges (2019).

Folder do Seminário Rotas Críticas 9



Rotas Críticas 10 – Mulheres enfrentando as violências

A décima edição, realizada no ano de 2018, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, teve como tema os enfrentamentos às violências perpetradas contra as mulheres, procurando refletir sobre os cenários políticos e sociais que têm gerado o aumento do conservadorismo, da violência e da misoginia, apostando-se em identificar estratégias para enfrentar às violências na perspectiva da interseccionalidade.

Grupos discutindo os enfrentamentos ao racismo e ao patriarcado

Neste encontro que pautou as reflexões na perspectiva dos enfrentamentos, dedicou-se um espaço relevante para os momentos culturais, as dinâmicas e as apresentações musicais e artísticas, que foram ricas, variadas e potentes. Houve protagonismo artístico de várias origens: artistas amadores, estudantes artistas, iniciativas de servidores de instituições, referências de amigos.

As estudantes da graduação em Saúde Coletiva e Educação Física / UFRGS – Mandy e Suze – realizaram uma apresentação de BeatBox, animando a plateia com suas poesias, improvisações e chistes, mostrando que o riso e a alegria são estratégias potentes para enfrentar as violências sexistas, patriarcais, racistas e classistas. E a Secretaria de Segurança do Estado do Rio Grande do

Sul enviou o músico que, com o uso de uma panela fez música, mostrando que a arte pode se contrapor às violências.

Beatbox com Mandy e Suze e o tocador de panela!

Rotas Críticas 11 – Narrativas sobre violências contra as mulheres

Na 11ª edição, realizada em 2024, no âmbito do Congresso da Rede Unida, trabalhou-se com narrativas, histórias e relatos de experiências, narrativas que ajudam a fazer um balanço sobre o que aprendemos, experienciamos e ganhamos na caminhada de luta contra as violências feminicidas, contra o capitalismo racista e patriarcal e em busca de uma sociedade mais equânime, justa e igualitária.

O Seminário acompanhou o 16° Congresso Internacional da Rede Unida: As mil e uma saúdes dos territórios: cuidados, bem viver, liberdade e democracia como atributos éticos da educação e do trabalho no SUS.

O encontro começou com a oficina: *Mulheres contando suas histórias*, e após as participantes narrarem partes de suas histórias de vida, trouxemos

o conto Barba Azul, uma narrativa antiga, mas que pode dar muitas dicas às mulheres atuais. A descrição do personagem indica que o homem era estranho e não despertava confiança para a família, mas a filha mais jovem, muito rapidamente, casa com ele. E quando o marido viaja e lhe deixa a proibição de entrar em uma determinada peça da casa, ela infringe a proibição e encontra ossos e esqueletos das outras mulheres. O homem era um femicida, mas com a ajuda dos irmãos ela consegue fugir. Após a narrativa, uma roda de conversa: as mulheres interpretam o conto. É preciso conhecer a pessoa com quem a mulher vai se relacionar e isso demanda tempo, pois o "príncipe encantado" pode ter segredos (o quarto secreto) e ser violento (os ossos das mulheres mortas).

Montserrat Sagot apresenta o tema: *Narrativas de la injusticia. Violencias contra las mujeres y necropolítica.* Diz ela: os feminicídios resultam de vários sistemas de estratificação que operam ao mesmo tempo, cujos discursos e práticas constroem um contexto no qual algumas mulheres são biopoliticamente descartáveis. Nestes contextos, os feminicídios jogam um papel crucial e se convertem em uma manifestação da necropolítica, uma política letal em que alguns corpos são marginalizados, coisificados e eliminados. Estes sistemas estratificadores, também geram biopoder por meio da soberania, decidindo quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é (Sagot, 2024, Mbembe, 2018).

Narrativas de dor, de sofrimento e de luta! foi uma roda de conversa com mulheres militantes ligadas ao MST, as Margaridas e ao movimento negro. Procedentes da região rural, elas relataram a experiência com o trabalho estafante na roça, mas também ouvimos relatos de resistência, de lutas contra o racismo, contra a pobreza, contra os preconceitos. Alegres, falantes e empoderadas, no final da roda as mulheres se despediram cantando.

Programação do Seminário Rotas Críticas 11 – Narrativas: mulheres contam suas histórias

Palavras finais

No final da narrativa sobre estas tantas rotas, é chegado o momento de agradecer. Estes onze seminários não teriam sido realizados sem a ajuda de um extenso grupo de professoras/es, pesquisadoras\es, estudantes da graduação e pós-graduação oriundos de diversos cursos e áreas, militantes do movimento de mulheres, feministas, trabalhadoras\es sociais, servidoras/es da rede de atenção a mulheres envolvendo saúde, serviço social, sistema jurídico, educação, segurança pública. Especialmente aos estudantes que trabalharam na organização, acompanhamento, produção de material para publicidade e atividades artísticas. Ao CNPq, à Rede Unida e à UFRGS que contribuíram com auxílios e infraestrutura, o meu muito, muito obrigada para todas e todos!

Rememorando esta rota de quase vinte anos de seminários Rotas Críticas, pensando na rede construída - rede de parcerias, mas também de

afetos, rede de histórias, experiências, narrativas e conversas, rede que nutre e abastece - uma menção especial e um agradecimento profundo a quatro pessoas fundamentais neste trajeto.

Em primeiro lugar a Montserrat Sagot, mentora da pesquisa inicial, militante e ativista em prol das mulheres, feminista, intelectual potente e sensível, que atravessou o continente inúmeras vezes para participar, contribuir e iluminar os seminários Rotas Críticas; ao Alcindo Ferla, este homem feito de energia, inteligência e generosidade que acolheu e prestigiou o pequeno seminário Rotas, incluindo e prestigiando o evento nos grandes Congressos da Rede Unida; à minha irmã Stela Maris que doou sua xilogravura, usada e reutilizada como logotipo do seminário. E à Evirlene Fonseca, gentileza e solidariedade, que acompanhou os encontros e se debruçou sobre os dados, registrando todas as edições (https://rotascriticas.blogspot.com/p/programa-fala-mulher.html), carinhosamente preservando a memória.

E às muitas mulheres, militantes, estudantes, pesquisadoras, ativistas, camponesas, quilombolas, usuárias de serviços de saúde, participantes de pesquisas e de outras invenções, que anonimamente estiveram conosco e aquiesceram em narrar as suas histórias e suas vidas.

Referências

BIGLIA, B.; SAN MARTIN, C. Estado de Wonder Bra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona: Virus Editorial, 2007.

BORGES J. Encarceramento em massa. São Paulo: Pólen, 2019.

COLMAN, R. S.; MARQUES PEREIRA, L. Os Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul e suas Incansáveis Lutas pelos Tekoha frente às Transformações Territoriais, Ambientais e Formas de Mobilidade. Revista de estudos e pesquisas sobre as Américas, Brasília, v. 14, n.3, p. 57-76, 2021.

DELPHY H. Patriarcado. In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; DOARÉ, H.; SENOTIER, D. Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Editora Unesp, 2009. p. 173-8.

GAUDITANO, R. Testemunha Ocular. Fotos. Guarani-kaiowá. s.d. Disponível em: https://testemunhaocular.ims.com.br/convidados/rosa-gauditano/

GUIMARÃES, C.F.; MENEGHEL, S.N.; GUARANHA, C.G.; BARNART, F.; SIMÕES, I.G.; MOURA, J.Q. Assassinatos de travestis e trans no Rio Grande do Sul: crimes pautados em gênero. Athenea digital, UAB, v.13, n.2, p. 219-227, 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência Contra a mulher. Brasília: IPEA, 2023.

MARGARITES AF; MENEGHEL S.N.; CECCON, R. F. Feminicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.20, n.2, p. 225-235, 2017.

MBEMBE A. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MENEGHEL, S.N. (Org.) Rotas Críticas – mulheres enfrentando as violências. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2007.

MENEGHEL, S.N.; VIAL, S.R. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. Athenea digital, UAB, n.14, p. 199-213; otoño 2008.

MENEGHEL, S.N. (Org) Rotas Críticas: ferramentas para operar gênero. Santa Cruz do Sul: Ed. UNISC, 2009.

MENEGHEL, S.N.; BAIRROS, F.; MUELLER, B.; MONTEIRO, D.; OLIVEIRA, L.P.; COLLAZIOL, M.E. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores, Porto Alegre, RS. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 743-752, 2011.

MENEGHEL, S.N.; HIRAKATA, V. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.3, p. 564-574, 2011.

MENEGHEL, S.N. Situações limite decorrentes da violência de gênero. Athenea digital, UAB, v.12, n.3, p. 227-236, 2012.

MENEGHEL, S.N.; MUELLER, B.; COLLAZIOL, M.C.; QUADROS, M.M. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, v.18, n.3, p. 691-700, 2013.

MENEGHEL, S.N.; MARGARITES, A.F., Feminicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n.12, 2017.

MENEGHEL, S.N.; GOMES, R.C.; SAGOT, M.; LERMA, B.R.L.; BAIRROS, F.S.; MARTINS, A.B. Feminicidios: necesitamos hablar de eso. Salud Colectiva, Lanus, v.15, p.e1871, 2019.

MENEGHEL, S.N.; DANILEVICZ, V.M.; FONSECA, E.S. Oficina de bonecxs sexuadxs – um relato de experiência. Interface, Botucatu, v. 23: e170892, 2019.

MENEGHEL, S.N.; MARGARITES, A.F.; CECCON, R.F. Feminicídios de prostitutas no município de Porto Alegre, RS, Brasil. Interface, Botucatu, v. 26, n. e210591, 2022.

PRESSER, A.D.; MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, E.A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. Saúde Sociedade, São Paulo, v.17, n.3, p.126-137, 2008.

RADFORD, J.; RUSSEL, D.E.H. Femicide. The politics of woman killing. New York: T.Wayne Publishers, 1992.

SAGOT, M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Washington: OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 2000.

SAGOT, M. Necropolitica de gênero. Cuerpos de la injusticia : una crítica feminista desde el centro de América. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2024.

SEGATO, R. La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015.

Capítulo 22

Clínica, cena e narrativa: entreatos

Erotildes Maria Leal
Nuria Malajovich Munoz
Aurélio Orth de Aragão
Octavio Domont de Serpa Junior

Cena Inicial

Dois psiquiatras e uma psicanalista estão dentro de uma sala de reunião quando um roteirista bate à porta. A situação tem ares de começo de anedota, mas foi antes o momento inaugural de quatro personagens partilhando, entre si e com seus alunos, uma inquietação em comum: quais são os possíveis papeis da narrativa no campo da saúde, em particular da saúde mental?

O desafio do encontro de múltiplas perspectivas sobre a articulação entre narrativa e experiência subjetiva impôs de imediato a circunscrição do conceito de narrativa. Valia partir do essencial. Nos manuais de roteiro, a definição primordial de narrativa é algo do tipo: "alguém em algum lugar e durante algum tempo experimenta alguma transformação". Ou, avançando um pouco: "uma personagem no decurso do tempo e do espaço testando os limites do extraordinário e do inesperado". A ideia do extraordinário e do

inesperado confere a energia dramática para o conceito. Mas como isso dialoga com a preciosa percepção de Pascal Bonitzer (em seu Prática do Roteiro Cinematográfico, 1996) de que contar e morrer (e contar e matar) parecem frequentemente ligados? No desdobramento seguinte, Bonitzer argumenta que contar é relatar um envelhecimento, e que saber contar também quer dizer envelhecer. Mas o que tem de extraordinário e inesperado em envelhecer?

A hipótese que norteou um curso de quatro meses construído em parceria pelos quatro personagens da nossa anedota era a de que valia investigar os eixos dessa transformação (ou desse envelhecer) em uma situação circunscrita, que foi batizada de 'a cena clínica'.

A cena pressupõe o encontro de pelo menos duas personagens, em um espaço e tempo definidos, carregando para dentro deles suas expectativas e a possibilidade de que algo se transforme. Uma consulta parecia cumprir esses pré-requisitos: duas personagens - paciente e profissional de saúde, uma sala ou algo similar, um tempo definido, e alguma transformação (um diagnóstico? um prognóstico? um tratamento? novas consultas?). Mas a hipótese narrativa hegemônica na medicina imagina essa cena como uma interação entre paciente e profissional de saúde que segue um roteiro pré-determinado e preferencialmente previsível. Na sequência ideal, as lacunas estariam ali apenas para serem preenchidas com o apoio das evidências. Mas o que acontece quando o inesperado e o extraordinário entram na cena?

Grande parte dos relatos que atravessaram os quatro meses de curso traziam desafios à suposta engrenagem azeitada do atendimento clínico. Em muitas histórias trazidas por médicas, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas, a engrenagem rangia e emperrava quando os pacientes traziam, por exemplo, dilemas e impasses de difícil solução. Pacientes que se viam dilacerados diante de perguntas, implícitas, do tipo:

Você prefere ter um problema na vista ou seguir com os surtos? (para uma paciente com problemas oftalmológicos cujo remédio psiquiátrico ameaçava levar à cegueira)

Ou

Você prefere interromper a sua vida sexual ou continuar com as crises? (para o paciente psiquiátrico que durante a crise tinha intensa atividade sexual).

O tom retórico dessas perguntas revela uma dificuldade da abordagem biomédica em aceitar a tensão e o impasse como dados constitutivos da relação entre saúde e subjetividade. Impasse e tensão que, no campo dramatúrgico, são justamente a matéria prima da experiência narrativa, ajudando a revelar o que está em jogo. O passo seguinte era então voltar aos componentes da narrativa para entender em que arenas e circunstâncias esse jogo podia se dar. Por exemplo, podemos partir da indagação sobre o lugar: qual é a circunscrição do espaço que começa a balizar a narrativa? Qual o enquadre para o encontro entre as personagens?

A tentação é abrir a lente para um plano geral, ou plano de conjunto que revele o território e o bairro onde o encontro acontece. Certamente muitas linhas de tensão se definem a partir da localização do dispositivo de saúde em que tudo vai acontecer. Mas a escolha do enquadre da cena permitiu uma lente mais próxima que revelou na banalidade do espaço de uma sala um material tensional bastante preciso e objetivo. A arquitetura e a decoração da sala serviram de mote para que vários pequenos dilemas aparecessem. Como lidar com a mesa ou com a falta dela? Tem um computador servindo de escudo para o olhar curioso, ansioso ou crítico do paciente? A tela, a orientação dos papéis, a melhor cadeira, esses elementos indicam que o saber está apenas de um lado da mesa? Ou o saber se movimenta entre um lado e outro? E a arquitetura pode contar mais. A sala tem uma janela? Algum ponto de fuga para o olhar? Nesse caso, a paciente pode fugir? Se ela foge, a profissional vai atrás dela? Mas se a paciente não foge, a profissional de saúde pode fugir?

O olhar que passeia pelo espaço indicando sutilezas e possibilidades cênicas entre paciente e profissional de saúde também aponta para um aspecto central da construção narrativa: o jogo de pontos de vista. A cena clínica é atravessada por uma série de triangulações de olhares e, geralmente, aquele que a inaugura

é o triângulo paciente- profissional-doença. Mas essa primeira triangulação traz embutida uma série de outras como, por exemplo, corpo-sintoma-paciente, ou paciente-doença-profissional ou ainda paciente-relato-profissional, e profissional-sintomas-evidências. Cada uma dessas triangulações desafia o movimento do olhar sobre a cena porque são feitas de um jogo relacional de desejos e expectativas que se desembocam na pergunta "quem é que conta essa cena?". Que logo vai se desdobrar numa questão mais precisa: o balanço entre os pontos de vista reflete uma correlação de forças justa entre os participantes da cena? Se a dissimetria entre profissional de saúde e paciente é determinante para o reconhecimento de um saber externo ao paciente que pode operar algum efeito terapêutico, a assimetria cristalizada leva a uma cena impossível. A fixação de uma assimetria emperra a engrenagem em um lugar em que, de um lado, o paciente nada sabe e, de outro, o profissional de saúde não se percebe como também ele participante da cena e, por isso, carregado de desejos móveis, expectativas cambiáveis e dilemas propositivos. Se a cena é contada estritamente por um único ponto de vista (que também não se assume como múltiplo) ela perde o seu principal atributo narrativo: a capacidade de que algo se transforme.

Diante disso, há ainda uma pergunta particularmente cara para aqueles que trabalham com as artes de narrar que também parece recomendável aos profissionais de saúde: por que conto esta história e não outra? Essa pergunta repetida com entoações, chaves e implicações diferentes aponta para uma cena clínica que implica movimento, mudança e aquele envelhecimento necessário para saber contar.

O roteiro por trás da cena

Esta introdução anuncia um recorte de uma disciplina oferecida ao Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – MEPPSO, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, intitulada "Narrativas

de Saúde – produção de conhecimento, formação profissional e práticas de cuidado", no ano de 2023/2, que aqui será desenvolvido sob forma de um ensaio. Quatros professores - um psiquiatra e uma psiquiatra, uma psicanalista e um professor de comunicação e cinema – se propuseram a, pela perspectiva da lente do cuidado, refletir sobre o campo das narrativas desde a intersecção entre os atos clínico e cênico. Três deles – a psicanalista e os psiquiatras – membros do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade (LEPPS), têm discutido, nas duas últimas décadas, metodologias de pesquisa, ensino e práticas que, no campo da atenção psicossocial, integrem saberes e experiências vivida dos usuários aos conhecimentos e experiências dos cuidadores na produção do cuidado.

A atenção psicossocial é um campo híbrido, plural, constituído por diferentes atores, saberes e práticas. Isto faz dele espaço de lutas e reivindicação de políticas. Essa diversidade constitutiva não necessariamente se reflete na organização de serviços, de instrumentos e ações de cuidado. A depender da compreensão de clínica e cuidado atualizadas pelos modos como se organizam os serviços e práticas, a abordagem do adoecimento mental, fenômeno complexo, pode se fazer de modo reducionista. Marcas sociais, históricas e pessoais que concorrem para a gênese ou expressão desse fenômeno podem ser invisibilizadas ou quando vistas, desprezadas. Os arranjos peculiares que cada um estabelece com o seu meio social, político e histórico, para manter-se vivo, requerem observação quando a promoção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, centradas nas experiências e saberes de quem sofre e de quem cuida é eixo da clínica. Recortar o ato clínico como ato cênico foi a via adotada para, nesta disciplina, fazer emergir essas questões. A ideia era criar um espaço de investigação sobre a capacidade e alcance da intercessão entre diferentes saberes, práticas e experiências. Conhecimentos e experiências que traríamos para exame, como estudiosos e trabalhadores da atenção psicossocial e do campo da comunicação e do cinema, nos ofereceriam outras visadas dos desafios indicados?

O exercício de olhar o nosso fazer no campo da atenção psicossocial considerando lentes de múltiplos territórios de conhecimento e experiências não foi questão exclusiva. A investigação sobre metodologias de transmissão que explicitassem a diversidade de experiências e saberes presentes na cena do cuidado, e do ensino, também nos interessou. Elegemos algumas questões para reflexão: lugares e enquadres que a relação de cuidado pode assumir; a dissimetria de poder que atravessa o encontro clínico; o impacto dos marcadores socioculturais de desigualdade e diferença na cena do cuidado; o papel do espaço e a presença dos corpos no encontro clínico; o cruzamento de evidências, narrativas e valores; e a imaginação de cenários e práticas de cuidado decoloniais, ou seja, de cenários e práticas que interroguem estruturas de poder invisibilizadas, conhecimentos e subjetividades marcadas por valores e saberes externos a nossa experiência individual e coletiva e que considerem os arranjos particulares utilizados por indivíduos e grupos para subverter as lógicas de dominação colonial que perduram extemporaneamente, em instituições, práticas e hábitos individuais e coletivos. Para a experimentação de outras metodologias de transmissão e fazimento, testamos um modelo de oficinas em que os participantes foram convidados a escrever individualmente uma cena de cuidado que os tocou, lê-la para colegas de um pequeno grupo e, escolhida uma narrativa, trocá-la entre grupos para serem reescritas a partir da voz do ouvinte/leitor. No segundo exercício, também em grupo, os alunos reescreveram a história escolhida a partir de pergunta disparadora sobre quais elementos presentes na cena os ajudariam a se mover nela e, considerando o que foi discutido e compartilhado no curso, refletiram sobre os possíveis efeitos de cuidado de seu produto técnico.

A escolha do ensaio como gênero narrativo para este relato respondeu a intenção de compartilhar aqui reflexão teórica e experiência vivida no curso. Às vezes, nomeado no campo acadêmico como ensaio-teórico, o ensaio costuma ser considerado secundário nas estratificações das produções acadêmicas. O que as metodologias científicas tradicionais consideram a sua

fraqueza – a relação permanente entre a subjetividade dos envolvidos com a suposta objetividade dos conhecimentos e saberes - foi o que nos fez lançar mão dele, ou seja, a possibilidade de utilizarmos formas distintas de narrativas num único trabalho, conectando-as. Bruner (2009) identifica ao menos duas formas distintas de narrativa que decorreriam de formas distintas de pensamento. Um argumento bem construído, típico do pensamento acadêmico, e uma boa estória. Diferentes em sua natureza, cada uma delas oferece um modo próprio de ordenação da experiência, de construção da realidade.

Na narrativa cientifica os argumentos estão postos de modo a exprimir veracidade, provas formais e empíricas. Reflexivo, este modo de narrar busca estabelecer o ideal de um sistema formal pautado em hipóteses fundamentadas. Descreve e explica a partir da construção de categorias e conceitos que se relacionam. Por assumir esse modo de organização, se distancia da dimensão experiencial do vivido. As estórias, por sua vez estão imersas e embebidas na experiência. Sempre corporificadas, narradas a partir de um ponto de vista, ampliam o universo imaginativo de quem a escuta ou lê. Ao substituir certezas, mesmo que provisórias, características do discurso científico, por abertura de possibilidades, as histórias convidam o leitor ao diálogo a partir da afecção que pode produzir nele. A experiência corporificada e situada no tempo e no espaço do leitor e sua capacidade narrativa são postas em jogo. Com Bruner, sustentamos que estes dois modos de narrar se interrelacionam. Tomá-los de forma integrada abre a possibilidade de evidenciar as experiências individuais e coletivas que derivaram, ou não, nas proposições que compõem, a cada tempo histórico, o discurso científico suas verdades e proposições. Cremos ainda que esse gênero narrativo revela melhor a dimensão fragmentária e incompleta da nossa experiência enquanto cuidadores e atores da cena do cuidado.

O que foi recortado para ser exposto aqui está apresentado em dois movimentos. A narrativa que abriu esse trabalho descreveu parte da experiencia vivida por professores- alunos, questões sobre o cuidar em ato que, nesses quatro meses de estudo, se explicitaram a partir do encontro com a

literatura sugerida e com os relatos e reflexões dos participantes da disciplina. A linguagem utilizada nesta seção lembra um docu-ficção, permitindo, ao mesmo tempo, ver/ ouvir cenas e pensamentos do narrador. A partir deste relato o processo de subjetivação experimentado se desvela e se acessa uma visada do que os participantes sentiram, pensaram, e como estabeleceram relação via diálogo travado quando decidiram enfrentar a pergunta sobre papéis da narrativa no campo da saúde mental. A expectativa é que o leitor nos acompanhe nessa experiência e se depare, ele mesmo, a partir do seu percurso pessoal como cuidador, com as incertezas, dúvidas e desafios que atravessam o encontro do campo das narrativas com a atenção psicossocial. A intenção foi assegurar que o modo situado e corporificado de tratar as narrativas que buscamos transmitir na disciplina se expressasse também no texto. No movimento seguinte três questões presentes ao longo de toda a disciplina, indicadas na primeira seção desse ensaio, foram discutidas de forma sistemática: a) as relações entre evidência, narrativa e valor, enquadre epistêmico do estudo desenvolvido; b) a relação profissional de saúde – pessoa em sofrimento considerando o que se dá a ver e o que fica invisibilizado na cena de cuidado, no que diz respeito à subjetividade, as determinações e marcadores sociais , a partir dos alcances e limites dos ensinamentos balintianos e c) na última seção, o que se compreendeu como escuta da cena clínica, a partir de contribuições da psicanálise é apresentado.

Evidência, Valor e Narrativa

Lá pelo final dos anos 90 do século passado, um dos autores deste ensaio foi convidado para escrever um artigo sobre um tema “emergente” sobre o qual ele pouco tinha ouvido falar até então. Quem formulou o convite tampouco conhecia muita coisa sobre o assunto e não tinha muitas pistas para dar. Para quem não viveu aqueles tempos, era a época da web 1.0, internet

discada, ferramentas de busca de bibliografia ainda incipientes, mas o acesso à informação e a velocidade com que essa era produzida e se difundia crescia exponencialmente. Embora o material consultado para a confecção do artigo tenha sido em sua quase totalidade fotocopiado de periódicos impressos, buscados nas prateleiras de uma biblioteca, ele já foi localizado por meio de consulta à base de dados, e o formato pdf e a digitalização da produção científica já eram uma realidade, ainda que engatinhando. O artigo que resultou dessa pesquisa - *Clínica e Evidência: em que se baseiam as nossas decisões?* - foi publicado em 1999 e tinha por objeto uma novidade relativa, a *Medicina Baseada em Evidências* (Serpa Jr, 1999).

Na busca bibliográfica para a confecção do artigo os indicadores bibliométricos indicavam uma curva ascendente extraordinária de publicações orientadas pelo marco da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Como podemos confirmar olhando retrospectivamente, a MBE estava vindo para ficar. E por que ela veio e se estabeleceu? Por aquela época, foi estimado que um médico generalista, para se manter minimamente atualizado, precisaria ler pelo menos 24 artigos científicos por dia. Como esse médico também precisaria atender aos requisitos mínimos para qualquer ser humano se manter vivo, como comer e dormir, que tempo sobraria para atender aos seus pacientes? Imaginem como seria lidar com essa enxurrada de informações hoje, em que inúmeras bases de dados estão ao alcance imediato da ponta de nossos dedos em qualquer *smartphone*, permitindo acessar referências e artigos completos em poucos segundos. E nem vamos falar na informação que circula também pelas mídias sociais. Pois bem, a MBE pressentia a magnitude dessa questão e foi formulada pela primeira vez por pesquisadores da Universidade MacMaster, do Canadá, no final dos anos 80, se propondo a oferecer critérios objetivos e rigorosos que possibilitassem ao clínico separar o joio do trigo nessa massa crescente de informações, discernir entre as evidências aquelas que eram mais evidentes do que as outras. Em outras palavras, a MBE visava oferecer aos praticantes caminhos seguros para lidar com algo intrínseco à prática clínica,

a tomada de decisões. Para isso, sugeria um encadeamento de procedimentos práticos: 1) definição da questão clínica a ser respondida; 2) pesquisa da evidência (levantamento da literatura correspondente); 3) avaliação da evidência; 4) aplicação da evidência; 5) avaliação e desenvolvimento da prática baseada em evidências (Drummond & Silva, 1998).

Desde essa época se tornou razoavelmente popular a figura de uma pirâmide de evidências. Em sua base, tínhamos a evidência obtida a partir de relatórios de comitês de especialistas ou opiniões, e/ou experiência clínica de autoridades respeitadas. Subindo na escala da hierarquia tínhamos, sucessivamente, evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais, tais como estudos comparativos, estudos de correlação e estudos de caso; evidência obtida a partir de, pelo menos, algum outro tipo de ensaio quase-experimental; evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio clínico controlado sem randomização. Até chegarmos à evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio controlado randomizado e, no topo da pirâmide, evidência obtida a partir da metanálise de ensaios controlados randomizados (Geddes & Harrison, 1997).

Como se pode notar, essa nova ordenação hierárquica deflaciona a autoridade pessoal do velho clínico, do professor catedrático, colocando em seu lugar uma autoridade impessoal, quase algorítmica, derivada de procedimentos estatísticos complexos aplicados a agregados de estudos experimentais de determinado desenho. Muitas críticas internas a esse modelo hierárquico já foram formuladas, como as que dizem respeito à composição das amostras dos estudos, não só no que concerne ao seu tamanho, mas sobretudo à sua representatividade com relação à condições concretas da prática clínica; à duração inadequada dos ensaios clínicos; à randomização inadequada; às possibilidades internas de quebrar o cegamento do estudo; aos vieses de publicação; ao uso de desfechos secundários na publicação dos resultados; às avaliações inadequadas dos efeitos indesejáveis (Hengartner, 2022). Essas críticas mais técnicas, relacionadas ao modo próprio de construção das

evidências científicas, não deixam de dialogar com considerações mais práticas, oriundas não daqueles que se encontram imersos no universo da pesquisa e da produção de evidências, mas dos que estão na ponta, lidando com a vivacidade e o dinamismo da prática clínica, tendo que fazer escolhas e tomar decisões. Para estes, o que interessa responder é como passar as evidências obtidas em condições experimentais para o mundo real dos serviços? No mundo real não podemos controlar todas as variáveis. A boa ciência e a boa clínica não funcionam seguindo necessariamente os mesmos procedimentos. As evidências e suas verdades, que são relativas aos agregados populacionais das quais emanam, seriam automaticamente verdadeiras para aquele paciente concreto que tenho diante de mim aqui e agora? Além disso, nem todas as perguntas, dilemas e impasses encontrados na prática clínica cotidiana podem ser respondidas ou superados por meio de pesquisas experimentais, de ensaios clínicos controlados.

Contudo, apresentamos até agora um retrato que pode ser considerado muito parcial e incompleto da MBE, se considerarmos como ela é formulada por Sackett *et cols.* (2000) em um Manual seminal que se propunha a apresentar como praticar e ensinar a MBE. Ali encontramos a uma definição de MBE que indica que ela se propõe a integrar a melhor evidência de pesquisa com a expertise do clínico e os valores e circunstâncias singulares de cada paciente. Como vemos a apresentação que fizemos da MBE até agora, que é, na verdade, fiel ao seu modo de recepção e incorporação à prática clínica, leva em conta apenas o seu primeiro componente. Sobre a expertise clínica, que não se resume ao acúmulo de conhecimento técnico e ao seu manejo algorítmico, mas inclui habilidades que podem e devem ser desenvolvidas ao longo dos anos de prática, tais como empatia, intuição, capacidade de comunicação e escuta, e sobre os valores e circunstâncias de cada paciente, nada foi dito até agora.

Também no final dos anos 90 do século XX, a percepção desta lacuna levou a Fulford (2004) a propor uma Medicina Baseada em Valores (MBV), que se articula em dez princípios, reunidos em quatro grandes grupos: Habilidades

Práticas; Modelos de Implementação de Serviços; Prática Baseada em Valores (PBV) e Prática Baseada em Evidências (PBE); Parcerias.

O primeiro grupo, das Habilidades, destaca quatro grandes princípios: Percepção, onde se destaca a necessidade de uma atenção cuidadosa à linguagem como uma forma de perceber melhor valores em jogo numa dada situação clínica; Raciocínio, para explorar os valores presentes quando tomamos decisões; Conhecimento, dos valores e fatos relevantes para a situação clínica em tela; e Comunicação, que combinada com as anteriores é fundamental para a resolução de conflitos e tomada de decisões.

O segundo grupo, dos Modelos de Serviços, indica dois princípios: Centramento no Usuário, que estabelece que a principal fonte de informação sobre os valores em jogo em uma situação clínica é o usuário; e a Prática Multidisciplinar, que aponta que conflitos de valores são resolvidos sem aplicação de uma regra pré-estabelecidas, mas trabalhando em direção ao equilíbrio de diferentes perspectivas (trabalho em equipe multidisciplinar).

O terceiro grupo, que coteja PBV e PBE, aborda três princípios: Princípio Dos "Dois Apoios", que aponta uma relação complementar entre PBV e PBE, uma vez que todas as decisões clínicas são baseadas em fatos e em valores; Princípio Da "Engrenagem Rangente", que chama a atenção para o fato de que só notamos os valores quando há um problema, um conflito; e o Princípio da Ciência e Valores, que reconhece que o avanço do conhecimento científico cria escolhas no cuidado em saúde, o que introduz amplas diferenças de valores.

O quarto e último grupo, Parceria, reconhece e explicita alguma coisa que deveria ser considerada básica e fundamental nas práticas de cuidado, mas que geralmente não é: na cena do cuidado as decisões devem ser tomadas pelos usuários de serviços e pelos provedores de cuidado, ambos trabalhando em parceria.

Como se pode notar, a proposta da PBV contempla de forma muito mais eficaz aqueles dois componentes esquecidos da formulação de Sackett (op.cit.) para o que deve ser considerada uma MBE: a expertise clínica, formada não só pelo acúmulo de conhecimento técnico e informação científica, mas também

pelo cultivo e desenvolvimento prático das habilidades que compõem os quatro primeiros princípios da PBV; e a capacidade de ver, fazer aparecer e lidar com os valores do paciente e da equipe técnica na cena do cuidado. Reconhecendo, como no princípio da engrenagem rangente, que frequentemente lidamos com conflitos e divergência de valores.

Recentemente, fazendo uma discussão sobre modelos epistêmicos dualistas em Psiquiatria, De Haan (2020) sugere que ao lado do modelo cartesiano, que entende mente e corpo como duas substâncias ontológicas totalmente distintas, de existências paralelas, poderíamos identificar um outro modelo dualista, de extração bem mais recente, na justaposição das PBE e das PBV. Nesse caso, teríamos um dualismo Ciência e Prática, claramente expresso no Princípio dos "dois apoios" da PBV Princípio Dos "Dois Apoios", que aponta uma relação complementar entre PBV e PBE, e que todas as decisões clínicas são baseadas em fatos e em valores. Se Descartes procurou resolver o problema da integração da substância mente com a substância corpo fazendo apelo à glândula pineal como ponto de encontro e integração das duas, iremos também propor um ponto de articulação entre evidências e valores: as práticas narrativas em saúde.

Mais uma vez voltaremos ao final dos anos 90 do século XX. Nessa ocasião, uma autora que já havia publicado um livro seminal sobre MBE, *How to read a paper* (Greenhalgh, 1997), começa a publicar alguns artigos (Greenhalgh, 1999a, 1999b) sobre uma Medicina Baseada em Narrativas (MBN). Em um deles ela reporta um pequeno fragmento clínico: uma médica generalista recebe um telefonema de uma mãe, que reporta que seu pequeno filho está febril, indisposto e com um pouco de dor de cabeça. O conteúdo do telefonema era banal, mas o que a médica percebeu foi que não era banal essa mãe telefonar. Isso a fez suspeitar que, no lugar de dar orientações gerais, tranquilizar a mãe e pedir que esperasse e observasse, deveria orientá-la a levar filho a um serviço de emergência. Assim o fez. Na emergência a criança foi diagnosticada com meningite e pôde ser prontamente tratada.

O que essa vinheta põe em destaque é que essa história pontual de um encontro médico-paciente se articula com outras histórias dessa mesma díade e dessa médica com outros pacientes. Isso nos faz imediatamente lembrar da frase de MacIntyre (1981, p.216), que diz: "Eu só posso responder à pergunta: 'o que eu posso fazer?' se eu responder a pergunta anterior: 'De qual história ou histórias eu faço parte?'"

A narrativa aparece como a peça-chave e articuladora entre evidências e valores nas práticas clínicas. Na cena do cuidado ela permite integrar elementos centrais da clínica - escutar, perguntar, ordenar, explicar, interpretar - permitindo a mediação entre o mundo do doente e o mundo dos profissionais de saúde. Adoecer e cuidar são aspectos de uma condição de vida que devem fazer sentido no contexto das histórias de vida de cada doente e profissional de saúde em particular.

A cena clínica pela lente balintiana: o que se vê e o que fica oculto no que diz respeito à subjetividade e às determinações e marcadores sociais de diferença?

Na cena clínica é a relação profissional de saúde – pessoa em sofrimento que produz solo para a escuta ativa, a compreensão das histórias individuais e a promoção de um encontro e uma comunicação que favoreçam um cuidado personalizado. Personalizar o cuidado requer então articulação entre as experiências de quem busca o cuidado e de quem cuida, as melhores evidências científicas, ajustando tudo à realidade daquela pessoa em particular, ao seu cenário de vida ao cenário do serviço de saúde e através do que se concebe como cuidado. Os valores em jogo da pessoa, do profissional e dos serviços abrem assim espaço para que se reconheça, na cena do cuidado, as expressões subjetivas dos presentes, as determinações sociais e os marcadores sociais de diferença que os atravessam.

A discussão sobre a subjetividade e as determinações sociais da relação profissional-paciente é tema contemporâneo no debate sobre o cuidado em saúde em geral e em saúde mental, em particular, explicitando a complexidade dessa interação. Diferentes saberes e conhecimentos – socioantropologia médica, psicanálise, habilidades de comunicação, humanização do cuidado, satisfação dos usuários, compartilhamento de decisão, bioética/autonomia/ responsabilidade do paciente e do profissional, dentre outros –se fizeram, ao longo do último século, lentes para a observação do que se passa entre profissional de saúde e pessoa em sofrimento e, frequentemente, familiares e comunidade. Crucial para o cuidado, capaz de impactar seu desfecho, a relação tem sido examinada como tecnologia de cuidado, atualizando o que, em 1957, Michel Balint disse sobre o médico: remédio mais usado na medicina, mas pouco conhecido em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade.

Apesar do exame permanente que a relação profissional-pessoa em sofrimento tem sofrido ao longo dos anos, a partir das mais diversas perspectivas, reflexões sobre alteridade e poder são pouco comuns. Quando ocorrem, a alteridade, apresentada como a capacidade de reconhecer humanidade no Outro, aquele que é diferente do Eu em sua cultura, religião, ideologia, filosofia ou visão de mundo, é lida em sua dimensão abstrata. Nesta mesma linha, o poder, descrito como força que permeia as relações sociais desde o início da sociedade humana, é considerado de modo a-histórico. Dessa matriz decorrem, por exemplo, a caracterização das relações profissionais de saúde-pacientes como paternalistas, nos moldes adulto-criança, ou centradas na autonomia dos pacientes, tipo adulto-adulto. A abstração e a a-historicidade com que relação Eu-Outro e o poder que a atravessa é tratada, faz da subjetividade algo da ordem exclusiva da singularidade, em especial da pessoa em sofrimento, eclipsando determinações e marcadores sociais. Nesta seção, a partir dos achados de Balint sobre a relação médico-paciente e dos alcances e limites de sua lente, discutiremos o que se dá a ver e o que permanece oculto na relação profissional de saúde- pessoa em sofrimento, no que diz respeito à subjetividade e aos determinantes e marcadores sociais de diferença.

Michel Balint, médico e psicanalista húngaro, viveu 74 anos (1896-1970), a maior parte na Inglaterra, para onde migrou em 1939, quando da segunda grande guerra mundial. Suas mulheres, também psicanalistas, foram importantes interlocutoras de suas ideias e produção, tendo sido a Enid Balint, sua segunda mulher, parceira intelectual de toda vida. O que hoje é conhecido como grupos Balint, surgiram na Clínica Tavistock, em Londres. Inicialmente como seminários oferecidos a médicos generalistas (*general practitioners*), para ajudá-los com pacientes que eles próprios considerassem "difíceis" de lidar, em termos relacionais. Casos clínicos que experimentassem como angustiantes e de difícil condução eram discutidos a partir de fundamentos da psicanálise, transpostos para fora do cenário estrito da clínica psicanalítica.

O livro "*The Doctor, His Patient and the Illness*" (1957), que descreve minunciosamente os seminários que deram origem ao que atualmente se conhece como Grupos Balint, apresentou também os eixos centrais da lente balintiana de compreensão dos aspectos relacionais envolvido no encontro profissional de saúde – pessoa em sofrimento. Já no título Balint indica que entre o médico (*The doctor*) e o paciente (*patient*) há uma conexão a ser observada. Preferencialmente utilizado para exprimir pertencimento, posse, o pronome *his* é, na língua inglesa, usado também para sugerir relação entre dois entes. No caso da relação entre médico e paciente, fica evidente que há dois sujeitos em jogo a serem considerados na relação e em relação. Ainda no título a palavra *illness* também requer atenção. Na tradução desse livro para o português, ao se optar pelo vocábulo doença, todo um debate que surgia nessa década acerca da diferença entre doença e experiência de adoecimento foi perdido.

A distinção entre doença e experiência de adoecimento (*desease /illness*) tem sido observada na literatura médica desde a década de 1950. (Hofmann, B. 2016; 2002). Nas décadas posteriores a tríade *illness/ sickness /desease* ganhou corpo e consistência teórica, tornando-se relevante para a socioantropologia médica e filosofia da medicina (Young, A.1982; Kleinman, A. 2006,1988). Ao escolher o termo *illness*, que descreve o adoecimento a partir da experiência

do paciente, e não da perspectiva do conhecimento biomédico do profissional (*desease*), Balint sugeriu que além da existência de uma pessoa a ser considerada, havia também, a ser conhecido, o saber que aflora de sua experiência de sofrimento. Com isso Balint avançou na indicação de que a cena do cuidado pode favorecer, ou não, que diagnóstico e tratamento de um problema de saúde surjam do compartilhamento entre os envolvidos, da relação de troca que se estabelece entre profissional de saúde- pessoa em sofrimento.

A expressão da experiência de sofrimento é sempre efeito do entrecruzamento de aspectos que marcam o contexto pessoal próximo, comunitário e cultural mais amplo da pessoa com sua experiência pessoal mais básica de mal-estar físico-mental, reconhecidas pelo médico como sinais e sintomas que compõem, ou não, o quadro clínico de uma doença. São estes entrecruzamentos que determinam as ideias que quem sofre tem sobre seu adoecimento, os sentimentos que emergem dessa experiência, a forma como é afetada por esse mal-estar em seu dia a dia, suas expectativas de cura e melhora, bem como a própria experiência corporal de sofrimento. A produção desse ambiente de troca, não se faz se o profissional além de reconhecer um outro diverso de si mesmo, não reconhece a si próprio nesta cena e não se coloca em relação com a pessoa. Para isso, entretanto, ele precisa conhecer a si mesmo, sendo o encontro clínico espaço de autoconhecimento e crescimento mútuos.

Se o profissional de saúde se coloca na condição de "medicamento", com potencial terapêutico, e efeitos colaterais, como nos propõe Balint já nessa sua obra inicial, será necessário que ele se interrogue não apenas sobre o outro, alguém sempre diverso de si mesmo, mas também sobre que tipo de profissional de saúde está sendo nesta cena de cuidado e sobre que cena é essa. A cada encontro clínico precisará rever suas possíveis "indicações" e "efeitos colaterais", bem como refletir sobre como adaptar a dose de si mesmo para cada pessoa em sofrimento com a qual estabelece relação e se indagar sobre possibilidade de amplificar seu "efeito" terapêutico. Sob esta perspectiva a subjetividade deixa de ser considerada da ordem exclusiva da singularidade

e da interioridade. Primariamente intersubjetiva, relacional, expressão inarredável do encontro corpo – experiência – cultural ou humano –social, e constituída sempre de modo processual e histórico, exigirá que se pergunte recorrentemente que cenário compõem essa cena de cuidado, quem são os atores que nela se encontram, como estabelecem relação (poder) e que saberes mediam esse encontro.

Balint, em sua obra, nos oferece uma lente que permite o exame da relação profissional de saúde a partir de cinco eixos. A observação do profissional como medicamento ou droga; a organização do processo de adoecimento; a oferta da doença/experiência de adoecimento; o conluio do anonimato e a função apostólica. Para a observação do médico como medicamento ou droga que faz mal ao cuidado, o conceito de transferência foi central. Foi dado destaque à necessidade de atenção aos conflitos do paciente, dos profissionais envolvidos e da relação estabelecida entre eles. Mudanças no modo como o profissional se sente em relação a pessoa, e vice-versa, foram tomadas como relevantes para a produção de mudança no processo saúde-doença, bem como na experiência de adoecimento. Ao discutir a organização do adoecimento Balint ofereceu uma visão complexa do processo do adoecer. Indicou que os conflitos existenciais do paciente, que são também frutos de sua relação com seu meio, têm efeitos sobre como a pessoa adoecida experiencia seu mal-estar até no corpo. Deste modo a experiência do adoecimento alcançou, para o cuidado em saúde, status equivalente ao do conhecimento técnico sobre a doença. Uma vez organizada, esta experiência é oferta ao profissional. A partir dela, mesmo que ainda incipiente, se estabelecera a relação. Balint indica a importância de se reconhecer isso, integrando corpo, experiência e cultura. Por último o conluio do anonimato e a função apostólica. Um acordo tácito entre o profissional de saúde e a pessoa em sofrimento livra a ambos de se responsabilizarem pelo tratamento. A pessoa zanza de um especialista a outro e o profissional, de sua parte, não se responsabiliza pelo cuidado. À tentativa de "conversão" da pessoa que sofre aos seus próprios valores e convicções

pessoais, e do serviço, Balint chamou de função apostólica. Com esta atitude, a partir de um lugar idealizado, o profissional busca provar sua eficiência e confiabilidade para si e para o outro tentando submetê-lo.

A pergunta inicial dessa seção era: o que se dá a ver e o que segue invisibilizado na cena do cuidado, no que diz respeito à subjetividade e as determinações sociais e marcadores sociais de diferença, quando se recorre à lente balintiana para olhar a relação profissional – pessoa em sofrimento, solo da narrativa. As contribuições de Balint, apresentadas acima, ao tomarem a subjetividade a partir da relação profissional – pessoa em sofrimento, iluminam a intersubjetividade e a fazem condição para a subjetividade. Tratada assim a subjetividade deixa de se referir exclusivamente à singularidade e a questão da alteridade, em geral atribuída apenas ao outro, desvela a presença do cuidador, desnaturalizando-o. Com o foco na relação e no encontro, a relação Eu-Outro é historicizada. Nos grupos Balint, como feitos hoje, a caracterização do cenário – onde se deu o cuidado, como estava organizado o ambiente, onde cada personagem se encontrava, como se apropriavam do espaço – bem como a caracterização de todos os personagens em jogo, inclusive do profissional, são pré-requisitos para a reflexão sobre a relação.

A valorização da experiência de adoecimento (*illness*), que alcança o mesmo status que a doença (*disease*) na construção do cuidado de saúde, conecta corpo, experiência e cultura. O saber da pessoa sobre seu sofrimento exige reconhecimento quando essa mudança se opera. A influência do saber experiencial sobre o diagnóstico, tratamento e suas consequências para o cuidado tornam-se explicitas sob essa perspectiva. O reconhecimento do saber não científico da pessoa em sofrimento também implica no reconhecimento do poder que ela tem. Desvela-se o saber/poder que emana da pessoa em sofrimento e sua interferência no cuidado.

A visão tradicional faz do cuidador entidade natural e o captura no papel que lhe é oferecido pela lógica cristã da compaixão, marca histórica da assistência em saúde (Caponi, 2000). Sob essa ética, o exercício de poder

se estrutura a partir do binômio servir- obedecer, perpetuando relações dissimétricas entre quem assiste e quem é assistido. Nesta perspectiva, ao cuidador cabe atribuir humanidade a quem sofre, como se ele já não humano fosse. Balint, dá um passo para a superação dessa dimensão da desigualdade. Quando sugere que elementos da experiência do cuidador - afetos, dificuldades, acordos tácitos, idealizações acerca do seu papel – sejam permanentemente examinados, dificulta que ele siga oculto na relação profissional de saúde-pessoa em sofrimento, e sublinha a necessidade de superação da função apostólica do profissional.

A lente balintiana, todavia, tem um ponto cego: a desigualdade estrutural que atravessa todas as relações sociais. Os marcadores sociais de diferença, tais como raça/cor, classe, gênero, seguem agindo de modo invisível e sorrateiro no âmbito das relações interpessoais que configuram a cena de cuidado. Na última década alguns poucos artigos discutindo os grupos Balint e a perspectiva balintiana a partir da equidade e da diversidade apareceram (DE LA ROSA, K. et al. ,2022; MANNING, A. 2022; STERNLIEB, J. L. et al, 2018; STERNLIEB, J.L. 2020). Eles defendem que os marcadores de raça/cor, gênero, classe, orientação sexual precisam ser ativamente consideradas para que não sigam operando efeitos nos subterrâneos da cena de cuidado. Não está assegurado que a consideração das experiências vivida - do profissional e da pessoa que sofre - impedirá que a dissimetria da relação profissional-pessoa seja dissimuladamente atravessada pela iniquidade presente no campo social e no campo específico da saúde. Os desequilíbrios de poder que marcam as epistemologias dos saberes científico/especializado e leigo, só em parte são explicados pelo lugar de "verdade" que o conhecimento científico ocupa nas sociedades ocidentais contemporâneas. A dificuldade de compartilhamento de decisão na cena do cuidado é atravessada por outros elementos que ainda carecem de melhor demonstração e explicação, e seguem determinando como os personagens ocupam, com seus corpos e narrativamente, a cena clínica, os serviços e como estabelecem relações.

No campo específico da saúde mental o sofrimento, a despeito de todos os esforços, carece de uma concepção e uma resposta integrativa que articule corpo, experiência e cultura e inclua vozes subalternizadas que revelem experiências patriarcais, marcadas pelo racismo, exploração de classe e relações de poder e opressão. A produção dessa resposta é processo. Requer que os discursos estabelecidos e socialmente tomado como superiores, tais como os discursos científicos, estejam permanentemente abertos à interrogação, por exemplo, por ideias, afetos, sentimentos, expectativas que decorram dessas marcas. A opressão e a injustiça epistêmica envolvem sempre fatores sociais e políticos, estigma, valores e revelam visões de mundo com diferentes forças sociais. Se o profissional de saúde seguir olhando a sua relação com a pessoa em sofrimento interessado nas marcas de estilo e sentimentos da pessoa, sem atenção aos efeitos das marcas de classe, de gênero, de raça/cor sobre os estilos e sentimentos de cada um dos envolvidos na cena do cuidado, dele inclusive, e sobre o lugar que a cada tempo ocupamos no mundo, perderá a possibilidade de compreender os efeitos subjetivos e intersubjetivos da desigualdade estrutural e da intersecção desses elementos na cena do cuidado. Para enfrentar a iniquidade, o profissional precisa reconhecer suas próprias marcas identitárias e refletir sobre como elas se articulam e atravessam cada relação de cuidado que estabelece, dado que elas não são fixas e imutáveis, mas sempre flexíveis e conjunturais. Se tais aspectos permanecem invisíveis na cena clínica seguirão reproduzindo efeitos de iniquidade em saúde. Com consciência dessa dimensão tácita do cuidado o diálogo sobre o que é visível ou não na cena clínica, deve ser sustentado continuamente, para o bem do próprio cuidado.

O quadro e a mancha – contribuições da psicanálise para a cena clínica e para uma política da escuta

O sujeito constitui-se para a psicanálise a partir de uma espacialidade inédita, marcada por sua própria divisão. Ele é concebido como descentrado em

relação a si mesmo, e deriva do encontro contingente com o Outro, com a alteridade. Não existe sujeito sem Outro, instância que diz respeito, simultaneamente, ao conjunto de relações de um determinado sujeito e ao elemento comum de toda grupalidade possível. Nesse sentido, embora a psicanálise se oriente por princípios fundamentais, ela não pode se constituir como um saber fechado, permanecendo sempre aberta à contingência e reinvenção.

Cada momento histórico traz consigo traços que se cristalizam na cultura, bem como a prevalência de visões sociais hegemônicas que podem dificultar a elucidação do sofrimento vivenciado por grupos marcados pela injustiça social e pela desigualdade do poder. Como mostra Butler (2024), o poder social estabelece o que vai ser considerado ou excluído na cultura, silenciando e invisibilizando o sofrimento da população que não se encaixa nos quadros normativos estabelecidos. O enquadramento discursivo produz normas que seguem critérios de nacionalidade, gênero, raça, classe, dificultando o reconhecimento de determinadas formas de vida.

É importante pensar o lugar de escuta em psicanálise, questionando sua herança heteronormativa, de maneira a ampliar o seu horizonte discursivo. A abordagem do inconsciente mostra que a leitura em psicanálise se dá sempre em fracasso, a partir daquilo que se lê mal ou que não se lê. Nesse sentido, Ayouch (2019) mostra que o movimento em direção à clínica deve ter atenção permanente a como fronteiras epistêmicas, políticas e estruturais edificam barreiras que dificultam o acesso à subjetividade, necessitando constante revisão para fazer o campo avançar.

Em sua abordagem do inconsciente, Freud (2019) parte da análise dos sonhos, do deciframento do material produzido pelo sonhador, para situar as leis que regem o seu funcionamento. O sonho introduz uma lógica distinta da vida de vigília na qual o sujeito faz a sua experiência de mundo. Ao narrar o sonho, algo se imiscui como impensado e emerge nas entrelinhas, nos tropeços que surgem no ato mesmo de rememoração. O inconsciente é assim pensado como essa outra cena que vem se desdobrar dentro da cena, obedecendo a

uma temporalidade inédita, com remanejamentos em retroação que incidem na história que está sendo contada.

O sonho de Irma (Freud, 2019) é considerado o momento inaugural da psicanálise como método de investigação do inconsciente. Freud se debruça sobre um sonho de sua autoria que evoca a relação com uma paciente a quem ele não consegue curar. No sonho, Freud e outros colegas médicos discutem a respeito de Irma, que sente dores na garganta, mas não quer se deixar examinar. Quando ela finalmente abre a boca, uma mancha branca se destaca em sua garganta.

O sonho é paradigmático porque a mancha, ao produzir surpresa e obstáculo, exige um esforço de leitura. Um de seus colegas conta ter aplicado uma injeção em Irma, o que leva Freud a deduzir que a seringa devia estar suja. Nesse ponto, uma fórmula enigmática advém e Freud identifica tratar-se de composto químico formado por um conjunto de letras sem sentido, Trimetilamina, que surge em negrito. A fórmula desconhecida não se dá a ler e aponta para o ilegível da sexualidade feminina. Freud chama esse emaranhado de umbigo do sonho, cicatriz em torno da qual a cadeia associativa não consegue avançar.

Felman (1993), em sua releitura do caso, aponta que o sonho deixa entrever a cumplicidade masculina e a solução encontrada pelos médicos, em sua perspectiva falocentrada, diante do sofrimento feminino. A saída masculina tende a apagar a diferença feminina que, no entanto, insiste em se fazer presente. Para tentar avançar ali onde Freud se detém, a autora aciona escritoras feministas do campo literário como interlocutoras e indica que o trauma é tema recorrente de suas produções textuais. Testemunhar sobre o ponto de cicatriz convoca ao reconhecimento, ao laço de leitura. Escrever a partir daquilo que irrompe na cena e ganha valor traumático, que excede o princípio do prazer ao não poder ser inteiramente absorvido pela linguagem, é uma estratégia de sobrevivência feminina e se dá em companhia, no laço formado pelas mulheres ao compartilharem as histórias contadas umas com as outras.

Uma cena pode ser lida de diferentes maneiras, segundo a posição e a lente de quem olha. Ao retomar os fundamentos da teoria freudiana, Lacan (2005) formaliza a relação com a realidade como uma montagem sustentada pela linguagem. Cada pessoa constrói a janela por onde olha a cena do mundo, esse enquadre configura a tela da fantasia e lhe dá estabilidade, mas também fixidez. A montagem deixa sempre de lado um resto que não entra na cena. A experiência de angústia acontece justamente quando algo desse resto irrompe e vem manchar a cena, desestabilizando o mundo.

Mas é a mancha que, ao mesmo tempo, dá vida ao quadro e convoca ao singular, ao incomparável de cada um. Ir para além dos espelhos, dos jogos imaginários, confronta com o que faz mancha e exige passo de leitura. Vai na contramão da universalização e da busca por soluções padrão que insistem em tentar corrigir o que está desenquadrado, ou tamponar o ponto de angústia.

A tendência ao homogêneo é, nesse sentido, duramente criticada por Lacan (2012), ao denunciar que a fraternidade tem como base a lógica do espelho e o repúdio ao diferente. O racismo e a segregação têm, para o autor, o objetivo de aniquilar aquilo que se apresenta como diferença no corpo do outro, excluindo o estrangeiro e aquilo que difere em seu modo de falar, de viver, de experimentar a sexualidade.

O ódio ao diferente se materializa no projeto de eliminar tudo aquilo que escapa às normas hegemônicas, acabar com o desconhecido, com o insabido. Mieli (2016) concebe o ódio como paixão de fronteira, que implica a relação entre sujeito e lugar, estabelecendo uma separação territorial que visa expulsar o outro, mantendo um todo fechado. A psicanálise deve ir na contramão, fazendo-se um dispositivo clínico-político em permanente abertura, que não recua diante da diferença. Uma prática implicada e atenta aos desafios da cultura deve acompanhar o esforço de sobrevivência e a luta das subjetividades não dominantes, requisitando a linguagem no sentido de provocar invenção e forçar a língua. É preciso criar brechas ali onde se produziu colapso, trauma.

O movimento simbólico da cultura determina o Outro como efeito da língua e, nesse sentido, poder, palavra e espaço estão ligados. O desafio consiste em recuperar o comum da língua sem abolir o que ela tem de inapropriável, alargando suas possibilidades de uso. Como vimos, a leitura psicanalítica privilegia o que destoa para produzir ressonância e movimentar a cena. Não se trata de abolir o que faz muro ou de tornar o sujeito transparente, mas visar o incomparável, a diferença absoluta de cada um. A transmissão em psicanálise força a letra para atingir o ilegível e assim alcançar o vazio como ponto limite da escrita, produzindo novos efeitos de linguagem.

A aposta na irredutibilidade do Outro aproxima-se do que Glissant (2021) conceitua como o direito à opacidade. Para o autor, uma das marcas da dominação é a imposição da língua do dominador e a homogeneização das singularidades. Reconhecer a existência legítima do que escapa à captura do sentido se alinha à proposta psicanalítica de escuta do ilegível, acolhendo a diferença que surge entre línguas como espaço de invenção e resistência. Dar lugar à errância, a uma leitura não totalizante da subjetividade, é abrir espaço para uma escuta ampliada, que aposta na construção de um saber em relação, no trânsito linguístico e na multiplicação de formas de vida.

Referências

AYOUCH, Thamy. **Psicanálise e hibridez**: gênero, colonialidade e subjetivações. Curitiba: Calligraphie, 2019.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BRUNER, Jerome. **A interpretação narrativa da realidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BRUNER, Jerome. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BRUNER, Jerome. **Realidade mental, mundos possíveis**. 2. ed. Porto Alegre: Arte Médica, 2002.

BRUNER, Jerome Seymour. **Acts of meaning**. Vol. 3. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

BRUNER, Jerome Seymour. **Actual minds, possible worlds**. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DE LA ROSA, K. et al. Virtual Balint groups during COVID-19: exploring race and equity in a CHC-based family medicine residency program. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 57, n. 6, p. 547-553, 2022.

DE HAAN, S. **Enactive psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliézer. **Medicina Baseada em Evidências**: Novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.

FELMAN, Shoshana. **What does a woman want?**: Reading and sexual difference. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

FULFORD, K. W. Facts/values: Ten principles of values-based medicine. In: RADDEN, J. (Ed.). **The philosophy of psychiatry**: a companion. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 205-234.

GEDDES, John R.; HARRISON, Paul J. Closing the gap between research and practice. **British Journal of Psychiatry**, v. 171, p. 220-225, 1997.

GLISSANT, Édouard. **Poética da relação**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

GREENHALGH, Trisha. How to read a paper—the basics of evidence-based medicine. London: BMJ Publishing Group, 1997.

GREENHALGH, Trisha. Narrative based medicine in an evidence based world. **British Medical Journal**, v. 318, p. 323-325, 30 jan. 1999a.

GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian. Why study narrative? **British Medical Journal**, v. 318, p. 48-50, 2 jan. 1999b.

HOFMANN, Bjørn. Disease, illness, and sickness. In: **The Routledge companion to philosophy of medicine**. London: Routledge, 2016. p. 30-40.

HOFMANN, Bjørn. On the triad disease, illness and sickness. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 27, n. 6, p. 651-673, 2002.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives**: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Focus**, v. 4, p. 140-149, 2006.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 10**: a angústia (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar,

2005.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 19**: ...ou pior (1971-1972). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

MANNING, Angela. The goldilocks of social justice education: Balint groups as a curricular intervention to support equitable health care. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 57, n. 6, p. 534-540, 2022.

MIELI, Paola. **Figuras do espaço**: sujeito, corpo, lugar. São Paulo: Annablume, 2016.

SACKETT, David L. et al. **Evidence-Based Medicine**: How to Practice and Teach EBM. 2. ed. Churchill Livingstone, 2000.

SERPA JR, O. D. Clínica e evidência: em que se baseiam as nossas decisões? **Cadernos IPUB**, v. 15, p. 61-78, 1999.

STERNLIEB, Jeffrey L. et al. Diversity: The hidden ABS core value—Emerging conversations and strategic actions. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 53, n. 1-2, p. 66-69, 2018.

STERNLIEB, Jeffrey L. Introducing diversity to Balint Groups: Leadership challenges. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 55, n. 1, p. 25-29, 2020.

YOUNG, Allan. The anthropologies of illness and sickness. **Annual Reviews of Anthropology**, v. 11, p. 257-285, 1982.

Capítulo 23

Reflexões em saúde em duas favelas cariocas: narrativas territoriais e determinantes sociais de saúde

Stallone Pereira Abrantes

Introdução

Rio de Janeiro, 2023, Favela da Nova Holanda, Complexo da Maré. Uma criança negra de 9 anos de idade é xingada por policiais militares durante uma operação policial. A criança estava encolhida no chão da sala de sua casa e é surpreendida com a invasão de 4 policiais armados. Sua mãe trabalhava todos os dias da semana naquele horário e a criança sempre ficava sozinha em casa naqueles momentos. Alguns quilômetros dali, no conhecido Complexo de Israel, uma mãe de santo era expulsa da favela por traficantes evangélicos que ao se converterem ao protestantismo, a proibição de práticas religiosas de matrizes africanas virou uma regra inquestionável, no caso da mãe de santo em questão, a mesma viu todas as imagens de suas entidades serem quebradas como se fossem objetos "endemoniados", naquela ocasião Oxum, a orixá responsável pela sua cabeça chorou.

A narrativa que inicia este ensaio é parte cotidiana de sucessivos acontecimentos que interligam violência, território e contextos periféricos da cidade do Rio de Janeiro, bem como nos coloca diante de desafios do cotidiano de profissionais de saúde, que são atravessados por múltiplas realidades que perpassam religiosidade, garantia de direitos, dignidade humana e o fazer ético em saúde. O objetivo deste texto é refletir sobre as narrativas e práticas singulares em saúde no contexto de favelas cariocas no tocante ao racismo estrutural/religioso e as violências, a fim de construir uma aproximação com as realidades enfrentadas pelas questões na atualidade e a construção de novas ferramentas e narrativas em saúde.

O conceito de narrativa é crucial para pensarmos a produção desse texto. Neste caminho a narrativa se relaciona muito diretamente à tradição oral. Ela funciona como uma força motriz capaz de criar e inventar modos de pensar e estar no mundo (Blanchot, 2013). Ela nos coloca diante aos processos de criação, com as histórias e suas múltiplas possibilidades de não ter fim. Neste caminho, é fundamental se aproximar da intensidade de uma discussão, não no sentido de sintetizar, mas de possibilitar que as narrativas possam se desenvolver, ganhar corpos e gestos. Como soltar as amarras da escrita? Quais possibilidades podem ser costuradas em um texto acerca de experiências em favelas que são interpeladas por questões de saúde? O que a criança em casa sozinha acuada pela força policial e a yalorixá expulsa por uma organização criminosa podem nos fazer pensar em nossas práticas em saúde?

Este ensaio ao perpassar dois cotidianos da sociedade carioca entende a urgência que discussões como essas convocam nos territórios que acontecem. Mas, não se quer acabar ou esgotar as discussões, o compromisso ético-político do texto, funciona como quem cria uma ferramenta para o embate diante de tantas questões, afinal o cotidiano dos serviços de saúde em ambos os territórios não se encerra com essa escrita. Os desafios presentes na narrativa de um texto vão tateando as linhas produzidas ao longo do ensaio, nas palavras de Adorno (2003) uma forma de comunicar que não é apenas individual e toma como

norte o viés político da escrita. Não se trata de formatar narrativas ou ainda produzir ideais, mas destituir as idealizações e as naturalizações que compõem os modos de construir os textos, sobretudo na Academia. Seguimos a premissa que as narrativas desse ensaio não se configuram como uma liquidação dos espaços e das imagens produtoras de verdades universais, mas de movimentos que convidam à reflexão e ampliação do pensamento.

Sem território não existe SUS

Os inúmeros desafios do trabalho em saúde em contextos de favelas no Rio de Janeiro-RJ. transmutam uma realidade até então naturalizada, e nos colocam em frente com questões que em muitas ocasiões não são entendidas como do campo da saúde. Olhar para essa realidade é atentar para o cenário presente nas favelas e os modos de construção de dominação e poder que interpelam fazer saúde e de vida nesses espaços, e ainda, como se aproximar dessas questões tomando como base os processos de violência narrados ao longo desses escritos. Lembro da música de Luedji Luna, ao falar do que se presencia em relação às crianças e adolescentes nas periferias e favelas:

> Ô, Neide, cadê menino? Cabô, quinze anos de idade. Incompletos seis. Eram só 6 horas da tarde. Cabô, cadê menino?

O cadê menino ecoa e denuncia o modo como meninos e meninas são tratados em diferentes territórios. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. Ele é constituído pelas relações humanas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, suas famílias, suas instituições, seus cenários como as igrejas, os terreiros, a escola, o trabalho, o boteco (BRASIL, 2004). Para Milton Santos (1999), o território é onde se localizam os afetos, as disputas, as manifestações de poder e controle, ou seja, o lócus onde é possível que o homem exista.

É a partir dessa noção de território que o Sistema Único de Saúde (SUS) determina a funcionalidade do trabalho nos diferentes equipamentos de saúde, principalmente no sentido de entender as demandas populacionais e, que cada espaço possa oferecer o tipo de atendimento devido para cada grupo que busque os serviços de saúde. Considerar o território enquanto espaço de vida e dinamismo humano é uma necessidade e uma condição indispensável para o cuidado com o usuário em seus diferentes aspectos territoriais. Para essa tarefa, considera-se fundamental uma estreita relação entre as obrigações do Estado enquanto articulador de políticas efetivas que garantam a saúde e o bem-estar dos cidadãos e um diálogo deste com uma rede de cuidados, envolvendo familiares, sociedade e unidades de saúde, com vistas a envolver todas as dimensões do sujeito que apresenta um problema da ordem subjetiva.

Enquanto Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta de manter uma rede de cuidados territoriais aplica-se ao desenvolvimento das ações na rede de atenção básica de saúde, Tomando como base a narrativa inicial deste texto é fundamental se perguntar: O que pode as ações em saúde em relação aos processos de violação de direitos de crianças em áreas periféricas? Ou ainda, qual o lugar das políticas de saúde no enfrentamento ao racismo religioso e os crescentes movimentos de aniquilamento em áreas faveladas de espaços religiosos ligados às religiões de matriz africana?

Não se pode esquecer que a aproximação entre a Atenção Básica (AB), os territórios e as famílias, tendo em vista ser a própria proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com o trabalho fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que conhecem a dinâmica dos sujeitos em suas vidas diárias. O esforço que se pretende com estratégias aproximativas da rede de cuidados nos territórios com os serviços referenciais da AB visam atender ao cumprimento dos princípios norteadores do SUS, de ser um sistema universal, equânime e que possa atender cada indivíduo de forma completa em sua integralidade. A universalidade foi, e continua sendo o grande diferencial, ao mesmo tempo, o grande desafio do

sistema, dadas as dimensões continentais do país, o tamanho da população e as desigualdades existentes.

Vale ainda destacar que, os territórios de favelas são historicamente alvo de projetos de exploração, aniquilamento e dominação, a exemplo do crescimento exponencial das igrejas evangélicas nas periferias de todo Brasil. Segundo o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o percentual de pessoas evangélicas chegou a 26.9%, quando comparado ao último censo se nota um aumento de 5,2 pontos, pois em 2010 o mesmo censo apresentava esse público com 21,7% porcentuais. Uma pesquisa realizada pelo Centro de Estudos da Metrópole (CEM/Cepid) da Universidade de São Paulo (USP) revela que em 1990 existiam cerca de 17.033 templos evangélicos, em 1990, em 2019 passou a contar com 109.560, um aumento de 543%. A pesquisa foi realizada tomando como norte o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), que é utilizado por igrejas para existirem no país, mesmo sendo isentas de Impostos e Tributos. A pesquisa não alcançou igrejas que não possuem CNPJ, o que revela que esse número pode ser muito maior, tomando como base a não oficialização de algumas instituições, uma realidade presente em muitas favelas.

A pesquisa ainda evidencia que o crescimento de igrejas evangélicas é um fenômeno nacional, e que pode ter relação com as mudanças legislativas das últimas décadas que facilitaram a abertura de igrejas e templos, a intensificação dos processos de vulnerabilidade social e econômica que assola as favelas e periferias o que facilita a conversão de pessoas a partir de redes afetivas e o assistencialismo presentes nas igrejas. Ainda de acordo com o Censo de 2022, as favelas brasileiras têm mais estabelecimentos religiosos do que a média de outros territórios, já a proporção de estabelecimentos de saúde e de ensino é menor nesses territórios, nota-se ainda que, a maioria das igrejas evangélicas em áreas periféricas é de pequeno porte, tendo capacidade para 100 a 200 pessoas e seu principal alvo são mulheres negras e pobres, geralmente chefes de suas famílias e referências nos espaços que residem.

Não há nenhuma dúvida que o Brasil sempre foi um país cristão, tanto que até hoje, católicos são maioria da população. As informações apresentadas anteriormente nos colocam em cena os impactos do crescimento religioso de evangélicos no cenário nacional, principalmente com transformações notórias na cultura, na política, nos modos de pensar e viver, a exemplo da Bancada Evangélica que legisla por interesses pessoais, e não representa na maioria esmagadora das situações. Vital da Cunha (2015) nos coloca que existe uma multiplicidade de correntes de pensamento do protestantismo e é necessário reconhecer movimentos progressistas que emergem dentro das práticas evangélicas e podem ser cruciais na construção de políticas públicas, inclusive no campo da saúde. O entendimento do crescimento populacional evangélico e seus desdobramentos têm se configurado crucial para o desenvolvimento de narrativas em saúde que leve em consideração a complexidade que o tema carrega.

O Complexo de Israel e a favela da "Maré"

A área conhecida atualmente como Complexo de Israel é parte fundamental do subúrbio da Leopoldina, sendo uma região destinada para atividades portuárias e integravam a Baía de Guanabara. A região começou a ser urbanizada no início da década de 60 e ainda tinha grandes características rurais. O intuito do Estado era construir uma política habitacional destinada às populações pobres removidas das favelas da Praia do Pinto, no Leblon e Marques de São Vicente, na Gávea. Os relatos dão contam que ocorreram incêndios criminosos e destruíram ambas as localidades na Zona Sul carioca, por volta de 6 mil famílias foram abandonadas pelo Estado (Hirata et. al, 2024).

Vital da Cunha (2024) estabelece que a gentrificação das comunidades evangélicas nas favelas seguiu trabalhando intensamente a partir dos idos de 2010, paralelo a isso, percebe-se a redução de terreiros de candomblé e de umbanda, fenômeno ainda maior na década atual. As primeiras aparições

midiáticas em relação ao termo Complexo de Israel datam do mês de julho de 2020 no site G1, informando que traficantes havia durante o isolamento social da COVID instaurado uma nova configuração/organização (Leitão et al, 2020).

O Complexo de Israel é fruto da tomada de uma parcela de bairros da região norte da capital carioca, tendo o traficante Álvaro Malaquias conhecido como "Peixão" como peça estruturante para o seu desenvolvimento. Santos (2023) estabelece que até 2023 o Complexo contava com 140 mil pessoas que viviam nesse complexo de favelas. Costa (2023) relata que ele se intitula um nomeado por Deus que tem como missão a libertação da Favela da Cidade Alta do inimigo espiritual que é caracterizado por São Jorge e Ogum e consequentemente seus devotos. Ao tomar posse do território, ele anuncia que é proibido a manifestação de quaisquer cultos, sobretudo as religiões de matriz africana, e começa fazer o uso da força para tanto, suas ações envolvem expulsão de pessoas, destruição de terreiros, proibição de vestes e utensílios, e por fim, em diversas partes da favela é escrito a emblemática frase "Jesus é o Dono desse lugar".

Álvaro Malaquias organiza e fortalece suas práticas juntos aos seus "soldados", aos moradores e policiais do entorno e após conseguir enfrentar traficantes da facção rival, ele estabelece o Complexo de Israel, onde estão as cinco favelas que o compõe, Parada de Lucas, Vigário Geral, Cidade Alta, Cinco Bocas e Pica Pau, tendo a sua representação no alto do morro uma Estrela de Davi. É importante demarcar que esse símbolo no alto de uma caixa d'água diz respeito a uma referência bélica e de poder, além de uma simbologia religiosa cristã (e não tanto judaica) que incorpora uma estética imagética em quem olha aquele símbolo no alto.

Não há dúvida de que o fortalecimento do discurso pentecostal crescente nesses espaços da cidade e a valorização de um pensamento social israelense nos coloca diante de questões nunca experimentadas antes no Rio de Janeiro, não raro, ao longo das vielas, dos muros e nas vestimentas há um retorno do "Deus do Antigo Testamento", sendo através Dele que o tráfico

passa a atuar em relação ao cotidiano da favela, o que é impossível notar não a fusão entre crime e religião que não é algo novo ou específico desse território, mas a compreensão extremista e violenta na qual as pessoas estão submetidas.

Dentro dos diferentes panoramas e questões que circulam pela Zona Norte, do outro lado da Avenida Brasil, encontramos o imenso complexo de favelas que corta diferentes partes da cidade. Pelos dados oficiais, é entendida como singular, mas pela pluralidade de elementos que circulam e que a constitui, falamos Marés, tendo em vista que é plural e bastante diversificada em sua gente,

A "Maré" é um bairro recente na cidade do Rio de Janeiro que legalmente só se oficializou enquanto tal a partir de 19 de janeiro de 1994 através da lei municipal 2.119, configurando-se o maior conjunto de favelas da região da Leopoldina, na zona norte carioca. O complexo da Maré é a soma do total de 16 comunidades, que se situam as margens da Baia de Guanabara e permeiam à Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha (Pires; Bruce, 2022).

Apesar da "Maré" ter sido considerada bairro apenas em meados dos anos 90, sabemos que a ocupação da região e a organização social do espaço têm se registros desde os anos 40, no decorrer da construção da Variante Rio Petrópolis, hoje conhecida como Avenida Brasil. Sabemos ainda que, a mobilização e a ocupação das favelas cariocas antecedem ambas as datas, na Maré não foi diferente.

De acordo com Amador (1997), por volta de 1500 havia na Baía da Guanabara cerca de 30 a 40 grupos Tupis-Guaranis. A existência destes povos indígenas resultou no uso e na cultura atualmente de dialetos e palavras na região, tais como: Inhaúma, Timbau, Catalão, Sapucaia, Pindaí, entre outros. Os índios Tupinambás caracterizaram os povos originários da região.

A região hoje ocupada pelas comunidades da "Maré" era uma extensão territorial marcada por praias, ilhas e manguezais que formavam a Enseada de Inhaúma (Praia de Inhaúma, Ponta do Timbau, Ponta da Pedra, Praia do Apicum, Ilha de Sapucaia, Ilha do Pinheiro, Bom Jesus, Pindais, Fundão, das

Cabras, Baiacu e Catalão). Ao logo dos anos, a região foi tomada como lócus de grande notoriedade comercial, sendo referência para o centro da cidade, Caju, São Cristóvão e ilhas próximas.

No início do século XX, o prefeito Pereira Passos almejava uma urbe aos moldes coloniais, que por conta da precariedade acabava sendo palco propício para doenças e epidemias, tais como tuberculose, febre amarela, varíola e malária. Estas questões eram preponderantes devido ao intenso fluxo portuário, assim como a aguçada crise habitacional que submetia as moradias ao longo da cidade, visto que, as pessoas moravam em condições precárias e sem nenhum suporte do Estado. Para agravar a situação, não havia abastecimento de água e saneamento básico. Ainda nesse período, o processo de expulsão das pessoas das regiões centrais da cidade aguçou o povoamento da região que através dos violentos processos de expulsão de suas casas foram obrigados a circular por outras áreas urbanas.

Segundo a Redes da Maré, uma instituição do terceiro setor, que emerge como fruto da articulação de moradores da favela através de um pré-vestibular e trabalha na atualidade com eixos de educação, segurança pública, cultura e arte, a população das Marés é composta de aproximadamente 140 mil habitantes, estando entre os 10 bairros mais populosos do município do Rio de Janeiro, esses dados são do ano de 2019.

Alguns dados foram coletados ao longo de um censo realizado em 2019 por uma instituição do terceiro setor que atua nas Marés, a pesquisa tem como o objetivo de "materializar – por meio de vivências, reflexões e construção de metodologias – ações integradas e abrangentes que ampliem os campos de possibilidades sociais e de direitos dos moradores de favelas e periferias" (Redes da Maré, 2019, p. 9). Entre os dados acerca da Maré no censo em questão estão: 62% da população é negra, 55% são compostas por adultos entre 30 e 59 anos de idade, 44,4% dos responsáveis únicos ou principais pelo domicílio são mulheres, 19,6% dos adolescentes entre 15 e 17 anos estão fora da escola. 67,7% dos estudantes frequentam escolas localizadas na Maré, 37,6%

da população completou o ensino fundamental, e 3,5% do total de domicílios há, pelo menos, um morador com deficiência.

Os dados evidenciam a precarização do viver em territórios favelados que é uma imagem bastante difundida quando apresentados pela sociedade. Esses elementos fazem emergir não apenas as mazelas que costumeiramente já sabemos e também a falta de dados do Estado brasileiro, eles nos atentam para a amplitude de informações e a urgência de outras maneiras de pensar a realidade e as experiências de quem vive na favela. Lélia Gonzalez (2020) relata em sua obra como os territórios periféricos são exibidos em relação às vulnerabilidades sociais, principalmente a partir da ótica da polícia, que extermina e criminaliza qualquer forma de vida ali presente.

A compreensão de que as Marés é um território plural e intenso se configura como uma disputa atualizada em meio a uma produção social que procura esquecer histórias que não podem ser arquitetadas pelas elites, que tendem a contar versões únicas em torno de espaços, resumindo apenas a violência e a miséria. Não que não sejam problemas presentes no território, mas não é só isso. A favela reduzida à violência, ao sucateamento, pobreza e atraso passa a definir toda e qualquer possibilidade de vida ali existente, e a favela é muito mais que isso.

Ambos os contextos são atravessados pelo fenômeno da violência o que impacta diretamente nas narrativas em saúde e mais recentemente o fenômeno do crescimento do protestantismo em espaços de favelas e periferias é um dado fundamental na compreensão e elaboração das práticas e intervenções. A mãe de santo expulsa por traficantes e a criança negra abordada em uma operação policial nos dão pistas para a aproximação com a gravidade do problema, tendo em vista que, a Organização Mundial de Saúde tem reconhecido o fenômeno da espiritualidade como elemento crucial na produção e promoção de saúde e a violência como fator de adoecimento a nível global. Além disso, a proibição de práticas religiosas não cristãs fere o princípio constitucional de liberdade de culto e religiosa, o Artigo 18 da Carta Magna diz que toda pessoa

tem direito a liberdade de religião, consciência e pensamento. Ainda seguindo esse raciocínio, as investidas policiais em contextos ferem em muitos níveis, no caso da criança fere o direito à dignidade, bem como o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Narrativas em contextos de favelas e os determinantes sociais da saúde

As narrativas em torno da criança e a operação policial, bem como a expulsão da mãe de santo foram construídas ao longo deste ensaio no contato como profissional de saúde em territórios de favelas da Zona Norte carioca. Não raro, essas questões passavam a ser cotidianas nos serviços da Atenção Básica e também na Atenção Psicossocial, o que leva a entender que não é possível pensar saúde sem levar em consideração essas dinâmicas, que influenciam no modo como os serviços funcionam e principalmente existem em ambas as favelas.

Nitidamente, esses fenômenos interpelam moradoras/es e também os profissionais, com frequência sabemos que das orientações que não houvesse circulação no território com nenhum objeto de religiões de matriz africana e relatos que moradores profissionais de saúde quando estendiam suas roupas brancas no varal eram questionadas acerca da utilidade das vestimentas. Ainda em relação a esses contextos, é importante destacar os efeitos nocivos que as intervenções policiais causam nas relações sociais, econômicas e na saúde. Há também, os conflitos entre facções que impactam na rotina e também causam inúmeros malefícios às moradoras/es, e são regulares, assim como as operações policiais.

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) integram os estudos da saúde coletiva e diz respeito ao campo social, econômico, político, ambiental, cultural e subjetivo das dinâmicas humanas e suas constantes relações com a ideia de saúde na atualidade, podendo interferir na vida (in)diretamente das

pessoas, dos grupos e territórios. Os DSS são fundamentais para a construção de práticas equânimes, entendendo como as diferentes realidades sociais e políticas são interpeladas por fenômenos de diferentes conotações e podem produzir saúde ou doença (Rosen, 1980).

No território latino-americano, a discussão em torno dos DSS ganha destaque na década de 70 e ganham força a partir das novas compreensões em torno do conceito de saúde, que desloca o entendimento de um modelo biomédico para uma compreensão ampliada que leva em consideração a vida vivida e a compreensão do conceito de território. Conectados a essa ideia de ampliar a compreensão dos processos de saúde e adoecimento, pensar os DSS é compreender a importância de políticas públicas de saúde e o direito à saúde em diferentes contextos, principalmente nos países na qual as desigualdades sociais e econômicas são enormes.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assim define os DSS em 2010:

> "As circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos".

A amplitude de elementos que sistematizam os DSS escancara as desigualdades e injustiças sociais no campo da saúde, o que nos permite perceber que o combate à pobreza, e a vulnerabilidade social precisam passar pelo acesso aos serviços e políticas de saúde: Notoriamente, quanto menor a classe social, pior são os índices de saúde, ou seja, os processos de adoecimento passam por questões raciais, e no Brasil se somam a classe, territórios e outros fatores.

É inegável considerar que a compreensão em torno dos DSS tem grandes contribuições das ciências humanas e sociais, que trouxe à tona os conflitos presentes em diferentes instâncias entre o campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva com as práticas Medicina Tradicional, esta última ainda muito

influenciada por perspectivas biologicistas (Paim, 1997; 2006), permitindo nos levar o entendimento que as práticas médicas em muitas instâncias podem contribuir com o aumento dos processos desiguais e dificuldade de acesso aos equipamentos em saúde. É uma disputa ainda em curso.

Destacamos aqui, que as perspectivas humanas e sociais no âmbito da saúde pública ganham destaque nos anos 60 e 70 na América Latina, período atravessado por diferentes ditaduras civis-militares-empresariais em diferentes países da América do Sul, que impulsionam levantes no campo da medicina social e na saúde como a urgência e direito da população. Essas mobilizações resultaram nas décadas seguintes em verdadeiras transformações na maneira como a saúde era entendida em termos de assistência e também como um direito, sobretudo quando pensamos nas mudanças políticas e sociais que assolaram os diferentes espaços latinos. É fundamental ressaltar que o elevado número de produções acadêmicas auxiliou na consolidação das políticas públicas de saúde e do movimento da Reforma Sanitária que desembocaram nos novos paradigmas do campo da saúde, bem como o entendimento da saúde como um direito registrado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Para efeitos legais e sociais, a saúde como um direito é uma premissa do Estado no intuito de garantir que as políticas sociais são essenciais para prevenir e diminuir os riscos e agravos em torno do adoecimento e é nesse caminho que é primordial pensar os DSS. Os DSS passam a compor as premissas básicas para a implementação do SUS, pois sem eles os desafios e dificuldades de organização das práticas em saúde no campo dos serviços públicos aumentam significativamente. Para a operacionalização do SUS, os DSS são basilares para o fortalecimento da rede intersetorial, da participação social e do conhecimento científico.

A mãe de santo que teve seu espaço religioso destruído pelo tráfico e a criança vítima da violência policial nos coloca diante dos desafios de produzir saúde em meio aos processos de violação de direitos e adoecimento, pois não é possível ignorar essas questões nos territórios que acontecem. O entendimento

em torno das violências e as narrativas produzidas ao longo das ações nas políticas públicas em saúde em territórios afetados por múltiplas violências nos indica que ainda existe muita discussão e trabalho a ser construído em torno dos determinantes sociais.

As particularidades que organizam o modo de pensar a saúde em espaços como o Complexo de Israel e o Complexo de Maré faz perceber o quão os desafios são profundos e estruturais requerendo novas perspectivas epistemológicas e metodológicas na lida e na emergência de discursos nesses territórios. Neste caminho, é indispensável atrelar as narrativas presentes nesses escritos com o conceito de Interseccionalidade, termo amplamente adotado por inúmeros setores da sociedade, a exemplo da academia, dos ativistas, profissionais e artistas, sendo atravessado pelos estudos feministas, raciais, culturais e sociais.

A interseccionalidade investiga como as relações de poder influenciam as relações sociais e raciais, bem como as experiências individuais na vida cotidiana (Akotirene, 2019; Collins e Bilger, 2020). Trata-se de uma ferramenta analítica criada no cerne do movimento de mulheres negras e que considera as categorias de raça, classe, gênero, território, deficiência e tantas outras que se inter-relacionam e se moldam mutuamente. Funciona como uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo e da experiência em sociedade. O conceito-ferramenta nos ajuda a pensar como as estruturas impactam nos problemas e nas dinâmicas sociais, sendo fundamental focar no que ela faz e não no que ela é. Quando adentramos a narrativa que apresenta a expulsão da mãe de santo e a operação policial que invade a casa de uma criança negra nos aproximamos de uma sensibilidade analítica que auxilia na percepção que o racismo, a intolerância religiosa, o capitalismo, o machismo e tantas outras violências existem juntos e de maneira inseparável e que operam de maneira simultânea (Nogueira, 2017).

Essas narrativas servem para fazer aparecer as condições históricas e estruturais que violam e adoecem mães de santos, mulheres e homens negros,

crianças e adolescentes favelados, povos de terreiros, pessoas LGBTQIAP+, entre tantas outras categorias que este texto não tem pretensão de discutir, mas também sofrem e são alvo de inúmeras violações. Não é possível esquecer que parte da estrutura é sustentada pelo Estado, tanto a partir das inúmeras operações policiais em territórios de favela e periférico, como pelas práticas neopentecostais presentes na esfera pública em diferentes serviços. Recentemente, o documentário de Petra Costa lançado em julho de 2025 intitulado "Apocalipse dos Trópicos" desvenda um projeto em curso por parte da política partidária brasileira que ao aumentar a bancada evangélica e o pensamento conservador no parlamento nacional escancara um projeto de sociedade que politicamente, socialmente e agora religiosamente captura territórios periféricos com a alusão de uma falsa salvação e um discurso que apresenta políticas públicas minoritárias como um mal a ser combatido.

Neste jogo de interseccionalidades é possível visualizar que o crescimento do protestantismo está atrelado ao domínio cultural, moral e interpessoal que incide sobre o fazer saúde em diversos âmbitos, assim como o entendimento dentro da interseccionalidade que as operações policiais ao violares e adoecerem crianças negras faveladas, indicam que boa parte da polícia militar no Rio de Janeiro é composta por homens negros, que geralmente estão nas ações de frente ao tráfico, sendo também a maior parte que é assassinada, uma conta que não fecha e uma guerra frequente que não deixa aparecer as reais consequências das múltiplas violências raciais e sociais presentes nas instituições e territórios.

Ainda no que tange a interseccionalidade como ferramenta importante nas narrativas desse texto, ela estimula a reflexão sobre como as movimentações presentes no tráfico e no Estado com a aplicação de regras e normas que regulam os modos de vestir, de amar, de pensar, de sonhar e viver, o que no campo da saúde é fundamental para o fortalecimento e prevenção frente aos múltiplos adoecimentos e também do gerenciamento de quem vive nos colocando mediante a complexidade da questão e das experiências de ser profissional de saúde em meio a violação da dignidade humana. O que pensar como práticas

Conclusão

As narrativas presentes nesse ensaio ao trazer a expulsão de uma mãe de santo do Complexo de Israel e de uma abordagem truculenta de policiais na casa de uma criança negra no Complexo da Maré permite complexificar as práticas de saúde, bem como o entendimento da importância dos Determinantes Sociais de Saúde para os territórios afetados por múltiplas violências. Isso não significa que ao considerarmos tais elementos já estabelecemos soluções rápidas e concretas para a lida com esses espaços.

Vale ressaltar que as questões religiosas estão presentes nas narrativas e no modo como as políticas públicas de saúde tratam do tema, porém é recente dentro do Sistema Único de Saúde o entendimento que movimentos paralelos a utilizarem como forma de punição, aniquilação e agravamento de questões sociais, políticas e também de saúde, o que se coloca como um desafio em curso para profissionais, pesquisadores, ativistas e legisladores do universo da saúde. Ainda no tocante às questões narradas, não é novidade que a violência armada e as operações policiais são um dos principais agravantes e promotores de doenças em moradoras/es de favelas no Rio de Janeiro, o que nos indica a necessidade de pensar políticas específicas para essa situação, tendo em vista, que recorrentemente crescem os dados de adoecimento e morte em relação às investidas policiais.

Os DSS e a interseccionalidade são potentes ferramentas para compor o campo da saúde e o compromisso ético em territórios de favelas e periferias. Reconhecer os embates e desafios encontrados no crescimento do protestantismo e das constantes operações policiais é uma convocação presente no cenário carioca e no modo como se pensa e articula território e saúde. Novos aportes metodológicos e narrativas que se debrucem sobre o avanço de ações criminosas fundamentadas no avanço dos evangélicos no país e dos impactos na saúde física mental das operações policiais em crianças negras são urgentes e necessárias, podendo contribuir com novas configurações das políticas públicas, inclusive na saúde.

O ensaio é uma maneira de fortalecer novas narrativas produzidas por profissionais de saúde e pesquisadores em torno de temas e questões em territórios de favelas, que interseccionam e compõem as políticas de saúde e a implementação do SUS mediante o fenômeno da violência, das operações policiais e a livre manifestação religiosa, sendo urgente as reverberações das dinâmicas territoriais no cotidiano em saúde e nos serviços públicos de saúde.

Referências

ADORNO, Theodor. O ensaio como forma. In: **Notas de literatura I**. São Paulo: Duas Cidades; Ed. 34, 2003. p. 15-45.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

AMADOR, Elmo da Silva. Baía de Guanabara e Ecossistemas Periféricos: Homem e Natureza. Rio de Janeiro, RJ: Edição do Autor, 1997.

BLANCHOT, Maurice. **A comunidade inconfessável**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023.

COLLINS, Patrícia; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

COSTA, Viviane. **Traficantes evangélicos**: Quem são e a quem servem os novos bandidos de Deus. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2023.

GONZALEZ, Lélia. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HIRATA, Daniel; GRILLO, Carolina.; DIRK, Renato. Violência policial e democracia: a proteção como bem público ou como mercadoria. In: Adriane Sanctis de Brito; Luciana Silva Reis. (Org.). **Direitas, radicalismos e a disputa pela linguagem dos direitos**. 1 ed. São Paulo: FES/LAUT, 2024, v. , p. 148-165.

LEITÃO, Leslie. RIANELLI, Erick. FERNANDES, Filipe. SANTOS, Guilherme. **Traficantes usam pandemia para criar 'Complexo de Israel' unindo cinco favelas na Zona Norte do Rio**. G1. Rio de Janeiro. 24.07.20. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-dejaneiro/noticia/2020/07/24/traficantes-usam-pandemia-para-criar-novo-complexo-de-favelas-no-

riodeixam-rastro-de-desaparecidos-e-tentam-impor-religiao.ghtml. Acesso em 07 de maio de 2025.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NOGUEIRA, Sidney. **Intolerância religiosa**. São Paulo: Selo Sueli Carneiro; Pólen, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

PAIM, Jairnilson S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita. (org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

REDES DA MARÉ. Censo Populacional da Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019.

_____. Construindo Pontes. Complexo da Maré - Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2022

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

PIRES, Jéssica.; BRUCE, Julia. 28 anos da Maré como Bairro. **Maré de Notícias**, 24 de janeiro, 2022. Acesso em: 06 mar de 2025. Disponível em: https://mareonline.com.br/28-anos-da-mare-como-bairro.

SANTOS, Mílton. O dinheiro e o território. **Geographia**: Revista da Pós-Graduação em Geografia, v. 1, n. ju 1999, p. 7-13.

SANTOS, Dandara Augusto dos. Um estudo de caso sobre o "Complexo de Israel": Mídia, Poder e Território. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal Fluminense, 2023.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Surgimento, trajetória e expansão das Igrejas Evangélicas no território brasileiro ao longo do último século (1920-2019). Centro de Estudos da Metrópole (CEM/Cepid). **Nota Técnica 20**. São Paulo -SP, 2023.

VITAL DA CUNHA, Christina. **Oração de Traficantes**: Uma etnografia. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

_____. "A criação do Complexo de Israel e sua relação com o crescimento do Pentecostalismo em Periferias – Rio De Janeiro, Brasil". **Anuário Antropológico**, n.49, V. 1, p.250-273, 2024. https://doi.org/10.4000/11nfz.

Capítulo 24

Narrativas indígenas como epistemologias de cuidado: rupturas e continuidades diante da hegemonia biomédica

Johnnata Silva dos Santos

Introdução

Para os povos indígenas, a saúde é indissociável da coletividade, da espiritualidade, da relação com o território e dos saberes ancestrais. Rezas, benzimentos, uso de plantas medicinais, escuta espiritual e rituais coletivos são práticas de cuidado que não apenas tratam o corpo, mas reequilibram dimensões cosmológicas e comunitárias. Essas práticas constituem narrativas que produzem formas próprias de conhecer, curar e existir no mundo. Como atesta Davi Kopenawa Yanomami (2015), as palavras e os cantos dos xamãs são a base de uma cosmologia viva que orienta a compreensão do mundo e do bem-viver. Diante da hegemonia do modelo biomédico, que é racional,

fragmentado, individualizante e tecnocêntrico, tais narrativas configuram epistemologias indígenas do cuidado, desafiando as estruturas dominantes da medicina ocidental.

Mesmo com a pluralidade de saberes presentes nos territórios e comunidades indígenas, a saúde indígena ainda é marcada por relações assimétricas de poder. Essas relações frequentemente silenciam ou inferiorizam os modos próprios de produzir conhecimento e cuidado. Os serviços de saúde, estruturados pela lógica biomédica e pela colonialidade do saber, têm dificuldade em dialogar com essas epistemologias, reproduzindo práticas descontextualizadas e culturalmente insensíveis. Ao mesmo tempo, as próprias comunidades indígenas constroem formas híbridas de cuidado, articulando saberes tradicionais com tecnologias biomédicas, resistindo e reinventando estratégias de cuidado no cotidiano.

Este artigo propõe uma reflexão teórica sobre as narrativas indígenas como epistemologias de cuidado, evidenciando suas rupturas com o modelo biomédico, mas também suas continuidades e articulações possíveis. A abordagem é crítica e descolonial, amparada por autores como Boaventura de Sousa Santos, Ailton Krenak, Catherine Walsh, Sueli Carneiro, Davi Kopenawa, João Paulo Lima Barreto, Luiza Garnelo e Analu Pontes, para pensar as narrativas como formas de resistência, reexistência e produção de sentido. A valorização dessas narrativas implica reconhecer que o cuidado em saúde não se restringe a intervenções técnicas; é também um ato político, espiritual e profundamente enraizado em modos de ser, viver e sentir.

As narrativas indígenas como formas de conhecimento

As narrativas indígenas vão além de relatos pessoais ou coletivos sobre experiências de vida. Elas são, sobretudo, formas complexas e profundas de produção e transmissão de conhecimento, enraizadas em uma visão de mundo

que articula corpo, território, ancestralidade, espiritualidade e coletividade. Diferente da racionalidade ocidental, que compartimentaliza o saber por categorias científicas e metodológicas rígidas, o conhecimento indígena é tecido pela oralidade, pelos rituais, pelas histórias dos mais velhos e pela relação com os seres da floresta, sejam eles humanos ou não humanos.

Essas narrativas possuem uma dimensão educativa e política: por meio delas, os povos indígenas aprendem a cuidar da vida, a reconhecer os sinais da natureza, a identificar as ervas e seus usos, a interpretar sonhos e adoecimentos, e a se relacionar com o mundo invisível. Como destaca Ailton Krenak (2019), os saberes indígenas não são depositados em livros, mas na experiência vivida, na escuta atenta e na relação entre gerações. Para Davi Kopenawa Yanomami (2015), o saber xamânico é a própria base de sua cosmologia e do cuidado, transmitido através das palavras dos antepassados e da escuta dos espíritos da floresta, que revelam as causas profundas dos adoecimentos e os caminhos da cura. João Paulo Lima Barreto (2018) complementa essa visão, ao destacar que as narrativas são a própria matriz do pensamento indígena, onde a educação e a transmissão de saberes sobre a vida e a cura se entrelaçam com a vivência no território e a memória ancestral. Ao escutar uma reza ou um canto tradicional, presenciamos não apenas um ato religioso, mas um conhecimento milenar que orienta práticas de cura, fortalece identidades e reorganiza sentidos de mundo.

Nesse contexto, as narrativas indígenas podem ser compreendidas como epistemologias situadas, no sentido proposto por Harding (2004). Elas produzem conhecimento a partir de lugares históricos e culturais específicos, desafiando a pretensão de universalidade do saber científico ocidental. Boaventura de Sousa Santos (2010) nomeia essa tensão de conflito entre epistemologias do Norte e epistemologias do Sul, onde os saberes subalternizados, como os dos povos indígenas, são sistematicamente invisibilizados ou desqualificados pelas instituições modernas. A própria obra de Davi Kopenawa (2015) é um testemunho dessa tensão, ao traduzir para o mundo ocidental a complexidade do seu pensamento e a urgência da sua

defesa, um esforço também realizado por João Paulo Lima Barreto (2018) ao tecer pontes entre o conhecimento Tukano e a academia ocidental.

A compreensão das narrativas como formas epistemológicas exige um deslocamento profundo por parte dos profissionais da saúde, pesquisadores e formuladores de políticas públicas. É necessário reconhecer que existem outras formas de saber, de curar e de explicar o mundo que não se limitam ao laboratório, ao protocolo clínico ou à evidência científica tradicional. Requer também disposição para a escuta ativa, para o diálogo intercultural e para a valorização da palavra como instrumento de cuidado, não apenas como dado informacional, mas como portal para outras lógicas de existência e cura, como expressam os discursos xamânicos. Luiza Garnelo (2003) aprofunda essa discussão ao analisar como as crenças e representações de saúde em povos indígenas da Amazônia moldam suas práticas de cuidado, revelando uma racionalidade própria que difere fundamentalmente da biomedicina.

Assim, ao posicionar as narrativas indígenas como epistemologias de cuidado, rompe-se com a ideia de que elas são apenas expressões culturais ou folclóricas. Trata-se de reconhecer nelas um modo legítimo e potente de produzir conhecimento sobre saúde, adoecimento e cura: um conhecimento vivo, coletivo e profundamente conectado à Terra, tal como vivenciado pelos Yanomami e ensinado pelos povos do Rio Negro.

Rupturas com o modelo biomédico

O modelo biomédico, dominante nos sistemas de saúde ocidentais e nas instituições de formação médica, opera a partir de uma racionalidade científico-cartesiana. Nela, o corpo é visto como uma máquina passível de diagnóstico, intervenção e controle. Ele se sustenta na objetividade, na universalização dos protocolos clínicos e na autoridade técnica do saber médico. Embora esse modelo tenha contribuído significativamente para o

desenvolvimento de tecnologias e terapêuticas, ele também se caracteriza por um silenciamento sistemático de outros saberes, sobretudo aqueles não ocidentais, não letrados ou não institucionalizados, como os saberes indígenas.

Do ponto de vista das comunidades indígenas, a saúde não pode ser compreendida apenas como ausência de doença ou resultado de exames clínicos. É um equilíbrio dinâmico entre corpo, espírito, território e coletividade. Quando esse equilíbrio é rompido, seja por conflitos, invasões territoriais, perdas culturais ou desrespeito aos saberes tradicionais, o adoecimento se instala não só no indivíduo, mas no corpo coletivo da comunidade. Davi Kopenawa Yanomami (2015) descreve como a invasão de seu território e a destruição da floresta pelo "povo da mercadoria" são, na verdade, causas de adoecimento profundo que afetam não só o indivíduo, mas o corpo coletivo e o próprio espírito da floresta, dimensões que a medicina ocidental raramente reconhece ou compreende. Luiza Garnelo e Analu Pontes (2000), em sua revisão sobre a saúde indígena no Brasil, também apontam como as concepções ocidentais de doença e saúde frequentemente falham em capturar a complexidade dos sistemas terapêuticos e cosmológicos indígenas, levando a desencontros no cuidado e a desafios na formulação de políticas públicas.

As rupturas entre os saberes indígenas e a biomedicina se manifestam cotidianamente nos serviços de saúde, especialmente nos atendimentos a indígenas em contextos urbanos ou em deslocamento. Práticas como o uso de plantas medicinais, banhos de ervas, defumações, rezas ou jejum ritual muitas vezes são desacreditadas ou proibidas nos espaços clínicos, sendo tratadas como superstição, atraso ou "crenças pessoais" desvinculadas do cuidado real. Essa postura não apenas invisibiliza os saberes ancestrais, como também nega às comunidades indígenas o direito de cuidar-se segundo suas próprias epistemologias, reproduzindo a violência que Davi Kopenawa aponta contra seu povo.

Além disso, os próprios profissionais de saúde, formados em uma lógica tecnocrática e descolada da diversidade cultural, frequentemente não possuem preparo para lidar com essas práticas. A ausência de formação em saúde intercultural, o racismo institucional e o preconceito epistêmico são obstáculos

concretos à valorização das narrativas indígenas no cuidado. Analu Pontes e Luiza Garnelo (2017) exploram a manifestação do sofrimento psíquico entre indígenas do Rio Negro, evidenciando como a desconsideração de aspectos culturais e espirituais agrava a experiência do adoecimento e do cuidado. Em consequência, a experiência do adoecimento e do cuidado é, muitas vezes, marcada pelo estranhamento, pela fragmentação e pela desconfiança mútua entre usuários indígenas e profissionais da saúde, um reflexo do que Kopenawa (2015) chama de ignorância ocidental sobre a vitalidade e a complexidade dos povos da floresta.

Essas rupturas não são apenas operacionais ou comunicacionais, mas profundamente epistemológicas. Como afirma Walsh (2009), trata-se de um conflito entre paradigmas de mundo: entre a monocultura do saber moderno e a pluriversidade de saberes que emergem dos povos originários, algo que Davi Kopenawa (2015) personifica em sua luta para proteger a floresta e o conhecimento xamânico da voracidade do mundo exterior. Enfrentar esse conflito exige não uma assimilação dos saberes indígenas pela biomedicina, mas uma escuta radical que reconheça a legitimidade e a autoridade dessas epistemologias no campo da saúde.

Portanto, ao identificar essas rupturas, este trabalho propõe que não se trata apenas de integrar práticas culturais aos protocolos biomédicos, mas de disputar o próprio conceito de cuidado. Cuidar, para os povos indígenas, é um ato coletivo, espiritual e relacional, que se dá em territórios vivos e atravessados por ancestralidades. Reconhecer isso é condição ética e política para qualquer projeto de saúde que se pretenda plural, intercultural e emancipador, respeitando a integridade das visões de mundo como a de Davi Kopenawa e as complexidades apontadas por Garnelo e Pontes.

Continuidades e articulações possíveis

Apesar das tensões e rupturas entre os saberes indígenas e a biomedicina, as experiências concretas de cuidado nas comunidades e nos territórios

mostram que, na prática, esses dois mundos frequentemente se articulam. Longe de constituírem universos completamente incompatíveis, muitas vezes os conhecimentos tradicionais e o saber biomédico são acionados de forma complementar pelas próprias comunidades indígenas, em um movimento de agência, escolha e adaptação.

É comum, por exemplo, que indígenas utilizem medicamentos prescritos por profissionais de saúde e, simultaneamente, recorram a práticas tradicionais como a reza, o uso de chás, banhos de ervas ou orientações de lideranças espirituais. Essa coexistência não é uma contradição, mas uma estratégia histórica de sobrevivência e reexistência. Ao apropriar-se seletivamente dos recursos biomédicos, as comunidades não estão negando sua cosmologia, mas buscando formas de cuidado que respeitem sua integralidade, como a própria resiliência Yanomami demonstra (Kopenawa, 2015). Luiza Garnelo e Analu Pontes (2000) analisam justamente essa capacidade de agência dos povos indígenas em utilizar e adaptar diferentes sistemas de saúde conforme suas necessidades e contextos, o que se traduz em um pragmatismo culturalmente informado.

Experiências de atenção à saúde indígena com Agentes Indígenas de Saúde, parteiras tradicionais ou terapeutas comunitários demonstram a potência dessas articulações. Quando respeitados e inseridos nos serviços, esses sujeitos funcionam como pontes entre os sistemas de saber, traduzindo, negociando e reconstruindo significados. Profissionais indígenas também atuam como mediadores culturais, mostrando que é possível habitar os dois mundos sem renunciar a nenhum deles, um caminho de resistência e afirmação cultural que Davi Kopenawa exemplifica ao traduzir a sabedoria de seu povo. A atuação desses profissionais e agentes é um exemplo prático da interculturalidade em ação, permitindo que práticas milenares, como os benzimentos e o uso de plantas, coexistam com as intervenções biomédicas, reconhecendo que ambas podem contribuir para a saúde integral.

A interculturalidade, nesse sentido, deve ser crítica e simétrica, orientada pelo diálogo e pelo reconhecimento mútuo de saberes. Reconhecer essas

possibilidades é também apostar em uma formação em saúde mais humana, territorializada e politicamente comprometida com a diversidade epistêmica do país, valorizando as vozes e as perspectivas como as de Davi Kopenawa, João Paulo Lima Barreto, Luiza Garnelo e Analu Pontes. A capacidade de articular saberes tradicionais e biomédicos não é apenas uma estratégia de adaptação, mas uma afirmação da autonomia e da capacidade de autodeterminação dos povos indígenas em relação aos seus processos de saúde e doença.

Considerações finais

Reconhecer as narrativas indígenas como epistemologias de cuidado é mais do que um exercício teórico, é um posicionamento ético, político e descolonial. Afirmar que os povos indígenas produzem conhecimento legítimo sobre o viver e o cuidar é romper com uma lógica histórica de silenciamento, tutela e apagamento. As rezas, os cantos, os rituais, as plantas, os sonhos e os conselhos dos mais velhos são formas de compreender e transformar o mundo.

A escuta das narrativas indígenas nos convoca a ressignificar o que entendemos por ciência, cuidado, saúde e vida. Em tempos de avanço da tecnocracia, do racismo institucional e da mercantilização da saúde, reafirmar as epistemologias indígenas é também lutar por um futuro onde o cuidado seja plural, enraizado e verdadeiramente transformador. Isso implica a necessidade urgente de reformar a formação em saúde, inserindo a perspectiva intercultural e descolonial no currículo, para que os futuros profissionais estejam aptos a dialogar e a reconhecer a validade de outros sistemas de cura. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a valorização dessas narrativas e epistemologias é fundamental para a construção de políticas públicas mais sensíveis, equitativas e eficazes, que promovam a saúde de forma integral e respeitosa. É, como diria Ailton Krenak, "adiar o fim do mundo" pela força da palavra, da memória e da cura coletiva, um imperativo que ressoa poderosamente nas

palavras de Davi Kopenawa Yanomami (2015) ao defender a vida na floresta e o conhecimento de seus antepassados, e que encontra eco nas análises de Luiza Garnelo e Analu Pontes sobre a vitalidade e a complexidade dos sistemas de saúde indígenas, assim como nas reflexões de João Paulo Lima Barreto (2018) sobre a educação e a transmissão do saber ancestral.

Referências

Barreto, J. P. L. (2018). O povo da água: Contribuições da cultura tukano para uma educação indígena. Manaus: Editora Valer.

Carneiro, S. (2005). A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. Tese de Doutorado, USP.

Harding, S. (2004). The feminist standpoint theory reader. Routledge.

Garnelo, L. (2003). Doença, Encantamento e Cura: Sistemas de crença e representações de saúde na Amazônia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Garnelo, L., & Pontes, A. L. (2000). Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Uma revisão de políticas, problemas e desafios. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). A Queda do Céu: Palavras de um xamã yanomami. Companhia das Letras.

Krenak, A. (2019). Ideias para adiar o fim do mundo. Companhia das Letras.

Santos, B. de S. (2010). A universidade no século XXI: Para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. Cortez.

Pontes, A. L., & Garnelo, L. (2017). Sofrimento psíquico entre indígenas do Rio Negro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(10), 3247-3256.

Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial: La insurgência de los sujetos. In: Walsh, C. (Org.). Interculturalidad, Estado, Sociedad. Quito: FLACSO.

Capítulo 25

Ano que vem você está aqui de novo: violência obstétrica pela boca da ciência e do corpo feminino

Gabriela Zoti Dornelles
Roger Ceccon Flores

As interrupções narrativas presentes nesta seção foram intencionalmente aderidas ao corpo textual.

> Senti meu corpo totalmente exposto. Me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos, me usando para demonstração. O médico mal falou conosco. Abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira. A.F.G.G. atendida na rede pública de Belo Horizonte-MG (Parto do Princípio, 2014, p.93).

Uma em cada quatro mulheres brasileiras são violentadas na hora de parir. Seja física, moral ou psicologicamente, uma em cada quatro, é ou será violentada. Segundo dados da Fundação Perseu Abramo, 25% das mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência durante o acompanhamento de

gestação, parto, puerpério ou abortamento. Impetuosamente, o mesmo índice é quase duplicado quando em amostragem restrita a mulheres pretas ou pardas, atingindo 43% dessas (VENTURI, 2001).

A compreensão sobre os processos de violência obstétrica demanda conhecimento básico em torno das próprias concepções daquilo que se entende como violência. Diferentes autores e documentos se debruçam na tentativa de ilustrar e definir esse tipo de desordem social. Grande parte deles, como no caso da delimitação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1996), associa diretamente a concepção de violência à imposição de grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Entretanto, optou-se neste escrito, à óptica de Marilena Chaui (1985), escritora e filósofa brasileira, que compativelmente, depreende-se sobre noções hierárquicas de objetificação dos corpos, até então, esmiuçados nessa redação como parte influente à reprodução da violência em espaços obstétricos. Para Chauí (1985), o conceito de violência assimila dois sentidos: o primeiro, já mencionado, é o de transferência interpretativa do ser sujeito ao ser objeto; e o segundo, de conversão de uma desigualdade social em uma relação de poder hierárquico, estabelecendo lugares de superior e inferioridade, em sistemas de dominância, opressão e exploração. Nesse sentido, a violação do outro não almeja sua destruição, mas sim, sua irresistência e subordinação (TRAJANO; BARRETO, 2021).

> Tenho memórias muito angustiantes e confusas de meus nascimentos. Eu não queria que ela passasse pela mesma coisa que eu. Foi difícil para mim entender que o parto pode ser uma experiência que se vive na privacidade, sem medo. Anoto e penso em minha mãe, que em sua história sobre meu nascimento - 26 anos depois - escreveu: Eu sei que me cortaram, mas esqueci imediatamente quando te vi (ABDALA, 2021, p. 4).

Além do estudo da "violência" em si, também se faz necessário compreender seu complemento, "obstétrica", que conversa, pontualmente, sobre o gênero acima do qual a primeira se impõe. A violência de gênero é aqui

pontuada a partir da formulação utilizada pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (BRASIL, 1996), que serviu como base à elaboração de legislações brasileiras de garantia de direitos e de combate à violência contra as mulheres, como no caso da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). A descrição evidencia violência de gênero como "qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado".

Mesmo não existindo uma legislação brasileira diretamente relacionada às violações na assistência ao parto, vale ressaltar nesse momento a caracterização dos termos de violência psicológica e violência sexual, descritas no artigo 7° da Lei Maria da Penha, e que, frequentemente, são impostas às mulheres em trabalho de parto. A lei assim descreve:

> II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
>
> III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Dentre as descrições possíveis, por fim, tem-se o estudo do processo geral de violência obstétrica. Internacionalmente, o conceito *disrespect and abuse during childbirth* (desrespeito e abuso durante o parto) tem sido usado para

referenciar o que, no Brasil, identifica-se como violência obstétrica (LANSKY et al, 2019). O termo emergiu, somente nos anos 2000, em países da América Latina e Espanha, próximo à articulação de movimentos sociais pela humanização no parto (KATZ et al, 2020). Cronologicamente, seu reconhecimento jurídico foi instituído por legislações da Venezuela (2007), seguidas pela Argentina (2009) e pelo México (2014), onde os agentes de violência obstétrica passaram a responder criminalmente pelo insulto. No Brasil, embora não existam leis federais que referenciam a expressão, alguns estados e municípios já sancionaram elementos em suas próprias legislações categorizando-a, como no exemplo de Santa Catarina e Pernambuco (SANTA CATARINA, 2017; PERNAMBUCO, 2018).

> Acho que sofri violência obstétrica, eu me senti como um objeto que tinha que ser limpo ali na hora, que fez a limpeza do jeito que ele (médico) quis e me deixou de lado (...) em nenhum momento ele ou alguém se preocupou com o que eu estava passando, o que estava acontecendo, em nenhum momento. Sabe quando você é jogada tipo na pia que está suja de louça, é isso (MACHADO, 2016, p. 79).

Na literatura, um conjunto variado de definições tem sido apresentado. Por ser pioneira em tipificar essa forma de violência e por fazê-la de maneira ampla, cabe-nos o delineamento trazido pela lei venezuelana *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a uma Vida Libre de Violência*, que pontua:

> Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (p. 30).

A lei reconhece as diferentes formas de abusos como processos de violência de gênero, sistematizadas entre os contornos da violência contra a mulher e diretamente contribuintes à estruturação de relações hierárquicas de

poder (DINIZ et al, 1998). Nesse ritmo, a perspectiva de opressão de gênero se incorpora ao domínio da função social reprodutiva, historicamente imposta às mulheres, e a elas somente. Converte-se, assim, à violação do feminino, interferindo pontualmente nos jeitos de nascer e nas formas de se viver o parto, a gestação e o puerpério (BARBOSA et al., 2003).

Metodicamente, a violação do corpo feminino em instituições de saúde pode seguir detalhamentos dentre quatro principais repartições. São elas: a violência psicológica, a física, a que decorre de negligências (como na omissão de atendimento) e a que violenta sexualmente os corpos (assédios e estupro) (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

A primeira e uma das mais prevalentes manifestações de violência obstétrica é, paradoxalmente, a que não provoca lesões visíveis à pele, mas que lacera o pensamento. A violência psicológica, assimilada pelo sensível ao longo de todo atendimento, é expressa em atos verbais e comportamentais que produzem nas parturientes sensações e/ou perturbações nocivas, decorrentes de profusos xingamentos, humilhações, ameaças, desrespeitos e chacotas (SOUZA; OLIVEIRA, 2019). Dentre tais sequências de brutalidade e no propósito de investigá-las, uma pesquisa brasileira empreendida pela Fundação Perseu Abramo (2010) e intitulada "Mulheres brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado", reuniu dados acerca das agressões verbais que mais se sobressaem em atendimentos de parto no Brasil. "Na hora de fazer não chorou" junto à "Na hora de fazer não chamou a mamãe, por que está chorando agora?" ocupam o segundo lugar nas sentenças mais ouvidas, seja frase literal ou, ainda, muito próxima à formulação, em até 14% das assistências. "Não chora, não, que ano que vem você está aqui de novo", com todo seu caráter repressivo e chalaceador, ocupou a liderança das locuções miseráveis, atingindo 15% dos partos.

"Se gritar eu paro agora o que estou fazendo". "Se gritar não vou te atender". "Se ficar gritando (...) seu bebê vai nascer surdo". Foram outras desgraças retratadas pela pesquisa.

Na vulnerabilidade do parir, os abusos que não marcam o corpo são sempre mais propensos à repressão. A ferida não exposta emudece a denúncia. Assim, o silenciamento dos danos emocionais se repercute em um cenário constante de atos violentos, progressivamente, naturalizados no ambiente hospitalar. Há reforço do exercício de culpabilização da mulher pelo enredo total do parto, além dos discursos lamentáveis de manipulação e abandono (TRAJANO; BARRETO, 2021). Ademais, em outras formas de agressão verbal, como em expressões do tipo "na hora de fazer gostou, então agora aguenta", coexistem relações sociais de opressão ao corpo feminino, traduzidas sobre a consonância entre a prática da violência institucional somada à uma estruturação hegemônica patriarcal, que se volta às mulheres em trabalho de parto, e as agride, na medida em que relaciona a própria dor do parir ao exercício de sua sexualidade. Dessa maneira, a sutileza das sentenças banaliza o corpo em sofrimento e atribui às suas angústias determinado preço a ser pago pelo prazer do ato sexual (ZANARDO et al., 2007).

Avante às marcas psicológicas, outros tantos insultos seguem inscritos na vida e na carne das mulheres, atravessando fisicamente os movimentos do parto. Procedimentos impostos sem o consentimento da parturiente, sem indicações técnicas específicas; frequentes negativas ao uso de analgesias; restrições na disponibilidade de informações; censuras quanto à presença de acompanhante em sala de parto (mesmo sendo juridicamente sustentada e garantida no Brasil); contestações ao direito à privacidade durante a parturição; tratamento agressivo, discriminatório, autoritário ou grosseiro; uso excessivo de medicações visando, exclusivamente, a aceleração do trabalho de parto; restrições do acesso à alimentos ou ingesta de líquidos; privação de deambulação ou exigência de posição de litotomia; contenções da mulher ao leito, entre outros tantos atos que possam humilhar, diminuir ou ferir a autonomia da gestante preenchem a lamentável categoria das violências físicas sofridas pelas mulheres brasileiras em centros obstétricos do país (KATZ et al, 2020).

> Daí quando deu 10 cm de dilatação eu fui para a sala de parto. Eu fiquei em posição ginecológica e a cada contração, eu tinha que fazer força. E eu segurava nos meus joelhos para fazer força, e elas disseram que eu não podia fazer isto também, que eu ia machucar a criança. Então, amarraram minhas pernas. Eu tinha que apoiar minha mão no ferrinho que tinha na maca. Eu me lembro de fazer muita força. E aí o médico só me avisou que ele estava cortando. Eu nem entendi o que ele quis dizer na hora, ele estava cortando… e aí a nenê saiu, eles me mostraram a criança, levaram para fazer os procedimentos de lá. E ele me cortou sem anestesia (...) me costurou sem anestesia. Fez episiotomia. [...] (MACHADO, 2016, p. 76-77).

Dentre todas as violações, duas são veementemente abordadas em artigos que decifram encruzilhada contraditória entre violência e nascimento. A primeira referência a normalização da episiotomia como prática regular e descontrolada nas assistências ao parto. O procedimento consiste na execução de uma incisão cirúrgica na região vulvar, rasgando os limites da derme e atingindo a musculatura do períneo, com o propósito de expandir os limites do canal vaginal e, assim, encurtar o período expulsivo (KONDO et al., 2014). Atualmente, muitos protocolos obstétricos em centros hospitalares apresentam a episiotomia listada como uma das manobras possíveis de serem executadas, desde que seguidas por indicações precisas ao seu uso. Segundo Freitas (2017), as indicações absolutas à prática se vinculam: à condição fetal não tranquilizadora, à macrossomia fetal, à distocia de ombro, à apresentação pélvica e às doenças maternas que impossibilitem puxos vigorosos.

No passado, diferentes escolas médicas estimulavam o uso rotineiro da episiotomia, contribuindo à sua disseminação e normalização como exercício obstétrico tradicional em grande parte dos nascimentos. Atualmente, porém, ressalta-se na literatura inúmeros estudos que evidenciam a diminuta base científica correlacionada à aplicação da técnica incisiva, não sendo possível justificar ou atribuir à lógica biomédica, tamanhas proporções às quais o procedimento é realizado (CARVALHO; SOUZA, 2010). Internacionalmente, a OMS sugere que a taxa de realização do procedimento atinja um valor

máximo de 10% do total dos partos do país, o que destoa drasticamente da realidade de muitos centros obstétricos privados no Brasil, onde a incidência de cortes desnecessários chega a alcançar até 83% do total (OLIVEIRA, 2020).

A segunda violação corporal de grande enfoque nas investigações de partos no Brasil é a imposição abusiva e obsoleta da manobra de Kristeller. O movimento foi instituído ainda no ano de 1867, pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, e consiste, essencialmente, na aplicação de uma intensa pressão sobre a região superior do ventre, a fim de tracionar o fundo do útero contra a pelve feminina, e assim, acelerar a expulsão do bebê (SOUZA; OLIVEIRA, 2019). Em muitos casos, o movimento em si é, desrespeitosamente, associado ao uso de joelhos, braços e antebraços dos atendentes, com relatos de casos extremos, em que os próprios profissionais se utilizam do peso corporal por inteiro, subindo no abdômen da parturiente e o pressionando em direção ao períneo (SAUAIA; SERRA, 2016). Além de ser totalmente coercitiva, a técnica não possui respaldo científico necessário que assegure seu uso e eficácia. Pelo contrário, verifica-se que o procedimento não contribui para o aumento do número de partos espontâneos ou na redução de partos instrumentais, além de não sustentar provas específicas quanto à seguridade do neonato. Nesse caso, a criança ainda é exposta à grande propensão de riscos traumáticos decorrentes de lesões na região cefálica e fraturas claviculares (SOUZA; OLIVEIRA, 2019).

> Comecei a passar mal de fome, porque eu passei o dia todinho sem se alimentar, tive perda de sangue, aí minha mãe disse: "chega, ela tá passando mal", aí a técnica de enfermagem jogou o pacote de bolacha na minha cara, aí minha mãe disse: "O que é isso", ela disse: "é pra ver se ela tá passando mal mesmo" (MEDEIROS; NASCIMENTO, 2022, p.5).

Infeliz e miseravelmente, a violência de cunho sexual ultrapassa a rotina dos dias e noites das mulheres e as acompanha ao centro obstétrico. Tanto a episiotomia, já descrita em linhas anteriores, quanto a frequência excessiva de toques vaginais (especialmente, entre acadêmicos e residentes) e

a exposição exagerada do corpo feminino, compõem as noções desse tipo de violência, somando-se ainda toda ação repressiva que viole a intimidade ou invalide o senso de integridade reprodutiva da mulher (OLIVEIRA; COSTA, 2020). Em julho de 2022, data coincidente ao início do processo de pesquisa desta revisão, uma notícia de âmbito nacional externalizou a brutalidade com a qual o corpo feminino permanece entregue no momento de parir. O médico anestesiologista Giovanni Quintella Bezerra, de 31 anos, foi preso em flagrante por estuprar uma mulher em trabalho de parto. Deitada, despida e dopada, a parturiente teve o corpo invadido enquanto era submetida a uma cesárea. Segundo notícia divulgada na revista Exame (2022), o estuprador foi filmado pela equipe de enfermagem, que suspeitou de movimentos inapropriados e da quantia exagerada de sedação imposta às mulheres por Bezerra. Durante 9 minutos e 5 segundos de gravação, o criminoso introduz o pênis na boca da paciente, a estupra, ejacula, suja seu rosto entorpecido e a limpa com uma gaze qualquer. Ao mesmo tempo em que seu filho nasce.

Sem sutileza ou engasgos. A crueldade é pouco tênue quando aplicada ao corpo das mulheres. Ela apenas acontece.

Referências

ABDALA, Leila. Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi". La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 01-21. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sess/a/y99tQnJrZN8tMXqcHDJpQ7M/. Acesso em: 04 fev. 2023.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 1611–1620, 1 dez. 2003.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. *Maria da Penha*. [S. l.]: Diário Oficial da União, 08 ago. 2006.

CARVALHO, C. C. M. et al. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, [S.L.], v. 38, n 5269, p. 265 - 270, maio. 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

CHAUÍ, M. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. In: CARDOSO, R,; CHAUÍ, M.; e PAOLI, M, (Org.). *Perspectivas Antropológicas da Mulher 4,* São Paulo: Zahar, 1985, p. 23 - 62.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, maio. 2002.

DINIZ CSG, D`OLIVEIRA AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 (Supl.10):33-42. Disponível em: < https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00182-9>

KATZ et al. Quem tem medo da violência obstétrica? *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife,* 20 (2): 627-631 abr-jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>

KONDO, C. Y. et al. Episiotomia "é só um cortezinho": violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: *Fórum de Mulheres do Espírito Santo*, 2014. Disponível em: http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

LANSKY S, *et al*. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2019; 24(8): 2811-2824. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017

MACHADO, G. P. R. *Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram.* 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7938.

MAIA, B. A. T., SOUZA, C. S. A despersonalização das mulheres como ferramenta de controle das instituições prisionais para além da pena de reclusão. *Revista Transgressões: ciências criminais em debate*, v. 7, dezembro de 2019. Disponível em: <unicamp.academia.edu/CristianeSantosSouza>

MEDEIROS, R. C. S.; NASCIMENTO, E. G. C. "Na hora de fazer não chorou": a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 01-12, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

OLIVEIRA, Rayane Noronha. A violência obstétrica em mulheres encarceradas: uma análise da realidade da Penitenciária Feminina do Distrito Federal. Vitória: *Repositório UFES*, 2019. Disponível em: <periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22512>

PERNAMBUCO. *Lei estadual Violência Obstétrica, Nº 16499.* Pernambuco; 2018. Disponível em: <www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732> Acesso em: 2 de julho de 2022.

SANTA CATARINA. *Lei Estadual Violência Obstétrica, Nº 17.097.* Santa Catarina; 2017. Disponível em: <leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html> Acesso em: 2 de julho de 2022.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* [S.L.], v. 25, p. 01-16, 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/interface.200689.

VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a uma Vida Libre de Violência.* Venezuela. 2007. Disponível em: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-elDerecho-de-las-Mujeresauna-Vida-Libre-de-Violencia.pdf> Acesso em: 2 de julho de 2022.

VENTURI G. el al. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: *Fundação Perseu Abramo,* 2001. Disponível em: <fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>

WHO. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide*. Report of a technical working group*. Geneva*,* 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>

Capítulo 26

Para não cair no esquecimento: Memórias de adultos sobre a experiência com a poliomielite

Martha Cristina Nunes Moreira
Marcelo de Abreu Maciel
Francine de Souza Dias

Memórias e suas texturas: localizando conceitos e alguns problemas

Somos pesquisadoras e pesquisadores do inimaginável, do indesejável, do impossível. Daquilo que as pessoas, nossos interlocutores, vivem como não escolha quando adoecimentos de longa duração e suas repercussões lhes acometem. Essa afirmação implica em considerar a delicadeza da matéria prima que sustenta as pesquisas nas quais se situam as narrativas de doença, suas marcas na memória e seus desdobramentos no tempo.

Estamos diante de experiências que narrativizam a doença como o não escolhido da existência, em sua versão prolongada onde outros arranjos a configuram na vida comum, normalizando-a e convocando, assim, a circulação

de bens de cuidados, redes de relações, apoios e estratégias de acesso. Isso que altera uma economia política da vida cotidiana, como na epígrafe de Veena Das, muitas vezes de tom eminentemente aflitivo, nas negociações com a sustentação material do cuidado da vida, com os estigmas das expressões deixadas no psiquismo e no corpo, com a construção e apresentação pública de si no mundo.

Veena Das (2023) em uma etnografia sobre saúde, doença e pobreza, desvela a aflição como algo da textura do ordinário que, segundo a autora, nem sempre configura drama, ruptura da vida cotidiana. Mas, se torna "parte do cenário do dia a dia" (Das, 2023, p. 46). É nesse sentido que, neste artigo, a partir de uma série de encontros que tivemos com pessoas acometidas pela poliomielite, mostramos as repercussões da pólio em suas vidas como suporte para discutir o ordinário e o crítico no viver como um/uma sobrevivente desta epidemia. Entrevistar essas pessoas, ouvir suas histórias e trajetórias de vida, a partir de seus diagnósticos ainda na infância, torna-se um exercício de acionamento e produção de memórias que trazem e tensionam uma época de lutas, que nossas/os entrevistadas/os viveram em suas caminhadas.

Inspirados nas contribuições de alguns aportes da História Oral, entendemos essas narrativas como produto de encontros construídos a partir de um espaço de produção de falas, numa relação entre o plano pessoal e coletivo, que vão compondo uma intertextualidade, revelando o sentido multivocal da oralidade, no qual várias temporalidades e planos de memórias se cruzam (Portelli, 2010a). Alessandro Portelli, ainda sobre acionar fontes orais, nos diz que existe uma relação intensa entre oralidade e democracia, já que a voz, ao contrário da escrita, é passível de um acionamento mais imediato:

> Então, quando buscamos fontes orais, as buscamos em primeiro lugar porque na oralidade encontramos a forma de comunicar específica de todos os que estão excluídos, marginalizados, na mídia e no discurso público. Buscamos fontes orais porque queremos que essas vozes – que, sim, existem, porém ninguém as escuta, ou poucos as escutam – tenham acesso à esfera pública, ao discurso público, e o modifiquem radicalmente. (Portelli, 2010b, p. 3).

Cabe destacar, que os interlocutores da pesquisa que sustenta este artigo, não só se nomeiam como vítimas da poliomielite, mas como um grupo de pessoas em extinção. A poliomielite extinta é mimetizada em um sentimento comum de que são também esquecidos. Apontam dívidas históricas relacionados ao cuidado à saúde, com reivindicação de reparação, para as suas existências que convivem com as marcas da poliomielite no corpo com deficiência, e suas urgências, da nomeada síndrome pós-pólio.

A epidemia de poliomielite, ocorrida no Brasil entre as décadas de 50 e 60 do século XX, atingiu um grupo de crianças que sobreviventes da mesma, pouco são acionadas hoje como adultos para contar suas histórias. Esse fato fica evidente na fala de Alan, 58 anos, nosso entrevistado que afirmativamente, nos diz: "estamos em extinção". Ou ainda, na voz de Aline, 56: "tinham a sensação de que a gente ia acabar, logo, eles deixam pra lá. Nós somos os últimos, daí o pouco interesse em pesquisas". Isso repercute em certo esquecimento sobre as necessidades de saúde daqueles que se localizam por meio da categoria êmica *sobreviventes da pólio*. Esse argumento, que nos fez ir ao encontro dessas pessoas, considera que o corpo transformado pelas repercussões da pólio vai ser reconfigurado de forma diversa a partir da maneira como não só a doença se manifesta, mas também como o Estado e a ciência biomédica demarcaram, à época, lugares e ofertas para o enfrentamento da epidemia instalada e manifestada em crianças.

Por que ir ao encontro de tempos tão distantes, com um grupo de pessoas que vive com as repercussões da pólio? Respondemos provisoriamente com duas afirmativas: (a) há uma luta por reparação e cuidado em jogo quando pessoas que vivem com as repercussões da pólio se organizam, buscam seus pares e saem do isolamento, gerando uma rede de familiaridade e referências para afirmar suas existências e reivindicar do Estado atenção à saúde; (b) há nas memórias com a epidemia vivida e sua duração no corpo com deficiência uma coleção de experiências compartilhadas que emerge e, a partir de uma análise de segunda e terceira ordem, a pesquisa que sustenta esse artigo se

propõe a mostrar: a institucionalização de crianças e seus cuidados a partir de uma oferta hospitalocêntrica e o deslocamento migratório para busca destes cuidados em uma referência especializada de caráter terciário no sistema hospitalar de saúde.

Podemos dizer ainda, que buscar essas memórias tão distantes, significa afirmar que isto que aconteceu há tanto tempo, continua provocando efeitos nos tempos atuais, principalmente quando nos organizamos no campo das políticas públicas para enfrentarmos emergências sanitárias que nos atingem no mais profundo do nosso dia a dia e subjetividade. Entendemos que uma emergência sanitária altera os laços sociais, produzindo estados emocionais que passam a influenciar e reorganizar nossas ações cotidianas, numa circulação de afetos que compõem e estruturam o campo social, tanto quanto o ordenamento institucional de um país (Safatle, 2015).

As duas afirmativas acima servirão como eixos organizativos da discussão que será desenvolvida neste artigo. Ressaltamos que revisitar as memórias de pessoas que vivem com as repercussões da pólio – valorizando suas narrativas pelas fontes de suas vidas como histórias contadas - pode nos apoiar como pesquisadoras e pesquisadores na produção de uma ciência engajada com o aprendizado sobre epidemias, sua distribuição e enfrentamento, sua duração no corpo e na vida. As epidemias precisam ser enfrentadas na articulação dos significados humanos, seu campo histórico e cultural, com as tecnologias de prevenção advindas dos laboratórios e produção de vacinas.

Angela Porto, no livro de Dilene Nascimento (2010), afirma que a poliomielite não se restringe a um evento médico, mas ganha contornos na vida das pessoas como um acontecimento social.

As nossas fontes orais nos reencaminham ao século XX e, neste artigo, por meio das narrativas de nossos entrevistados, são promovidos os encontros entre grandes e pequenas narrativas (Stanley, 2009). Na linhagem da história das doenças, a história da poliomielite nos encaminha às grandes narrativas da ciência, da distribuição do poder, das controvérsias e disputas,

da movimentação política da doença que atravessa as décadas de 40 e 80 do século XX, desembocando na ditadura militar e nas campanhas de vacinação. Já no nosso artigo, valorizamos as pequenas narrativas, reconstruindo o grande acontecimento da epidemia, na oralidade daqueles que transmitem por seu intermédio suas experiências. Mas, mesmo as pequenas narrativas traduzem em seu bojo grandes narrativas que sustentam nosso mundo: a generificação do cuidado na articulação com o patriarcado, a sexualidade como algo que organiza corpos e sua gestão, a imagem da saúde crítica, com suas necessidades tecnológicas e sua medicalização estendida pela vida restrita ao hospital, o estigma que recai sobre corpos que não expressam a corponormatividade esperada. Em síntese, a oralidade como expressão narrativizada da memória e da experiência permite que nós, como pesquisadoras/es, transitemos na articulação entre grandes e pequenas narrativas, entre estruturas que movimentam, organizam lógicas societárias e são negociadas nas histórias partilhadas na oralidade por meio das entrevistas.

Afirmamos assim, que nas entrevistas com pessoas afetadas pela pólio, o que se revela não é só como cada uma, a partir do acionamento de suas memórias, conta o que viveu. Fica muito claro o entrelaçamento dessas memórias, tão particulares, íntimas, com o cenário de uma época. Ao falar de si, do que é só seu, os entrevistados trazem também o que se deu num plano social, pois suas experiências guardam conexões com outras histórias, descrições e narrativas, revelando aproximações entre trajetórias de vida e acontecimentos diversos.

Esses relatos nos trazem a certeza de que, se podemos afirmar epidemiologicamente que a poliomielite não existe mais em território brasileiro, por outro lado, as pessoas que vivem com repercussões da pólio são capazes de reinscrever e atualizar essa problemática que, para elas, ainda continua. Ou seja, o fato de uma doença não se apresentar mais em seus registros sanitários não significa que narrativamente, para essas pessoas, no plano de suas vidas e da produção de suas memórias, seus efeitos não permaneçam.

O que entendemos por experiência, narrativa e memória

O conceito de experiência não deve ser sinônimo nem de percepção, nem de vivência, considerando residir nestes uma ambiguidade quanto às suas matrizes teóricas e significados mais individualizados, e menos coletivos. A vivência e a percepção são expressões comumente acionadas para destacar a subjetividade, ou até mesmo a abordagem qualitativa em pesquisas. No entanto, não cabe pensar a subjetividade como uma clausura do subjetivo. A subjetividade é eminentemente relacional, intersubjetiva e, portanto, remete à experiência. Passemos a alguns autores a nos apoiarem aqui.

A discussão de Kleinmann e Benson (2006), no contexto da antropologia médica de base fenomenológica, pela perspectiva cultural, formula o conceito de "experiência moral" para se referir aos estudos sobre adoecimentos. O sentido de experiência moral está imbricado ao que é comum, no sentido compartilhado, e de alguma forma experiências morais de adoecimento crônico podem significar, em alguma medida, rupturas biográficas (Bury, 1982). Mas, também, reconfigurações de aquisição de trajetórias no mundo privado e público com aprendizados e novas conexões (Herzlich, 2004). Há, na experiência qualificada como moral, a dimensão da interpretação sobre acontecimentos que acometem ou podem acometer pessoas em algum momento de suas vidas. E então, o não visto como extraordinário acaba por ganhar um repertório comum, compartilhado, um estoque de significados que não passam ao largo do ambiente da cultura, das moralidades, definições, valores, que produzem um ambiente de significados em relação.

Em Jorge Larrosa Bondía (2002), a experiência é também uma operação prática sobre a linguagem, as palavras, um *enact*, um fazer de conexões. Nesse caso ela não vem com o qualificativo moral. Seu contexto não são as cenas da saúde, mas da educação, a sala de aula. Os agentes são professores e alunos, e não médicos e pacientes como no contexto de Kleinmann e Benson. Ainda assim,

há na base filosófica dos autores o encontro com a sociologia fenomenológica. Mas, antes de tudo, o apelo de Larrosa ao conceito de experiência é político, para romper com o binarismo ciência ou técnica, teoria ou prática. Para ele vale o par experiência/sentido, porque aposta que as palavras produzem sentidos, criam realidades e conformam processos de subjetivação:

> (...) creio que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. Pensamos a partir de nossas palavras. Por isso, atividades como considerar as palavras, criticar as palavras, eleger as palavras, cuidar das palavras, inventar palavras, jogar com as palavras, impor palavras, proibir palavras, transformar palavras etc. não são atividades ocas ou vazias, não são mero palavrório (...). E, por isso, as lutas pelas palavras, pelo significado e pelo controle das palavras, pela imposição de certas palavras e pelo silenciamento ou desativação de outras palavras são lutas em que se joga algo mais do que simplesmente palavras, algo mais que somente palavras (p. 21).

Essa passagem advinda de Larrosa nos ativa em sua definição de experiência como algo que é conjugado no encontro, da primeira pessoa do plural, nos acontecendo, tocando, passando. Ou seja, sua crítica à possibilidade de fazer equivaler experiência à informação se faz presente, no resgate de que precisamos do encontro com as coisas, de fazer com que elas nos produzam sentido, nos atravessem para que, no encontro coletivo, se produza o saber da experiência. E tanto quanto a opinião, a informação como um bem a ser adquirido, esvazia o sentido encarnado, e incorporado. Se reduz a estar a favor ou contra algo ou alguém, a acumular informação, opinião, trabalho.

A experiência, portanto, é uma operação mais complexa e exigente do encontro, não se resume a uma posição perceptiva, vivencial, individual, mas nos engaja no coletivo, na conexão. O saber da experiência é interdependente, contingente, não é de um ou do outro, mas da diferença que reside na apreensão por sujeitos concretos.

Larrosa nos conecta pela experiência que entendemos com Walter Benjamin em *O Narrador*, sobre narrativas. Os embaraços nas dificuldades de

narrar experiências, e em um elemento central posto aqui: o intercâmbio por meio da oralidade da experiência que se transmite.

> A narrativa (...) não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (Benjamin, 1994, p. 205).

Segundo Benjamin, a memória é a musa da narrativa, se relaciona à transmissão, à oralidade. E o autor destaca que diferentemente do romance, a narrativa não é um evento solitário: "*Quem escuta uma história está em companhia do narrador; mesmo quem a lê partilha dessa companhia*" (Benjamin, 1994, p.213). Isso porque a narrativa depende na sua construção da oralidade, da partilha do encontro, da transmissão e da experiência.

Michel Pollak (1989) destaca que a análise das memórias dos excluídos, marginalizados e minorias cumpre um papel importante frente à memória oficial. Ele as chama de "memórias subterrâneas", para subverter o silêncio, nos momentos de fricção e atrito. Logo, a aposta do autor é nas memórias em disputa. As memórias são construídas pelos grupos que podem por vezes assistir ao afogamento e esquecimento de suas memórias como dispositivo de poder. A memória muito embora enunciada e narrativizada por um sujeito, nunca é somente uma luz individualizada. Há uma negociação com a audiência para quem é dirigida. Memória e narrativa se encontram. No caso das dores e repercussões das epidemias, devemos pensar seus narradores como atores de uma época, cujas experiências da temporalidade do vivido podem ser pedagógicas de lições a serem aprendidas e não enterradas e esquecidas:

> O longo silêncio sobre o passado, longe de conduzir ao esquecimento, é a resistência que uma sociedade civil impotente opõe ao excesso de discursos oficiais. Ao mesmo tempo, ela transmite cuidadosamente as lembranças dissidentes nas redes familiares e de amizades,

> esperando a hora da verdade e da redistribuição das cartas políticas e ideológicas (Pollak, 1989, p. 3).

Interessante relacionarmos o trecho acima a esse nosso encontro com as memórias, experiências e narrativas construídas por pessoas que vivem com repercussões da pólio e que por meio dessa identidade comum, interseccionada a outras localizações no campo da deficiência, da raça e de gênero, reivindicam uma cultura de pares, uma organização associativa em estratégias de lutas por cuidado e reconhecimento como reparação. É nesse sentido que nossos/as entrevistados/as não se veem e nem se organizam como vítimas da pólio, no sentido de conduzirem suas vidas numa posição de menos valia. Falam de suas vidas de forma muito afirmativa, não negam suas limitações, porém, sabem que se transformaram e se reinscreveram na vida a partir de outro lugar:

> Ou seja, aquele que rememora não permanece o mesmo. Ele não simplesmente integra alguma coisa, ele cria um campo de implicação entre vários elementos que antes não pareciam ter relação. Então, ao criar esse campo ele modifica todos os elementos. Por que memória é uma operação fundamental de reconhecimento (Safatle, 2019).

Esta memória que engaja, implica, relaciona, é também a memória política, que evoca temporalidade, experiência e narrativa.

Fontes orais e a perspectiva relacional como um caminho de pesquisa

No presente capítulo o trabalho com narrativas está baseado na perspectiva da construção oral das experiências e memórias. Seguimos como estratégia de acesso aos nossos 12 entrevistados, pela via de uma rede indicativa de universos familiares (Velho, 1978). Essa escolha vem sendo uma aposta que investimos desde projetos antecedentes que orientamos e coordenamos

(referências anonimizadas). Nesse caso, os participantes da pesquisa como atores políticos podem ter desenvolvido uma disposição importante para falar e alguns são pessoas públicas, com trajetórias de militância no campo da poliomielite.

Ao contrário da ideia de uma técnica de "bola de neve" - onde o que prevalece é quase um processo automático ou aleatório de indicação - assumimos a ideia do recrutamento e convite a falar baseado na escolha, na intencionalidade, na familiaridade e no compartilhamento de determinados marcadores comuns que qualificam familiaridade às relações. Ou seja, estamos assumindo a perspectiva antropológica de universos familiares como uma posição teórica, e não uma mera técnica de *snowball.*

Reconhecemos aqui que acessar esses universos familiares exige certa capacidade de navegação social, como entendido por Da Matta (1997). Recuperando as distinções entre o conceito de indivíduo e de pessoa, ele nos reenvia a uma compreensão sobre as interações sociais. Segundo o autor, o indivíduo navega socialmente através das vias legais, sendo o sujeito das leis universais. Enquanto a pessoa é aquela cuja navegação se dá através de suas relações sociais. A pessoa aciona o sistema legal a partir de "jeitinhos" e arranjos realizados em suas redes de relacionamentos pessoais. O jeitinho integra e relaciona, opera de forma reticular, afirma-se na interação baseada na conquista da simpatia, da proximidade pessoal, da redução da impessoalidade. Uma negociação que integra interesses, e aproxima. No caso da rede indicativa de universos familiares da pesquisa que gera este artigo, a primeira pessoa a ser entrevistada foi acessada via contato telefônico em um grupo que reúne mais de 400 participantes integrados às discussões e políticas do campo da deficiência no Brasil.

Essa matriz analítica que valoriza a relacionalidade, nos leva a valorizar as negociações construídas nas situações que se desejava estudar e no contato com as lideranças com quem queríamos conversar, tomando como ponto de partida a Associação G14[19] de Apoio aos Pacientes com Pólio e Síndrome

19 A Associação possui este nome, já que G14 é o código da Síndrome Pós-Pólio segundo a classificação do CID – Classificação Internacional de Doenças. A síndrome é uma condição neurológica que pode acometer pessoas atingidas e que vivem com pólio.

Pós-pólio, abordados virtualmente. Portanto, fomos para nossas entrevistas já sabendo um pouco das pessoas que iríamos encontrar, sua caminhada e presença no cenário da pólio. Porém, esse dado não esvazia a potência e nem o caráter sempre novo dos nossos encontros, apenas nos situa dentro do território das entrevistas nas quais estaríamos entrando. Todas as entrevistas aconteceram através de uma plataforma de zoom, portanto em ambiente digital, durando cada uma em torno de duas horas e meia. A questão central a abrir o encontro era um pedido para contar sua história com a poliomielite, e no decorrer da entrevista iam sendo explorados aspectos que contribuem com a história narrada e mereciam ser iluminados e expandidos.

Para Portelli (2016), uma entrevista é um espaço dialógico, a partir do qual construímos um documento oral a ser trabalhado, efeito de como se deu esse encontro, a maneira como nós olhamos e como demos conta de nossas diferenças. Uma entrevista em história oral não busca produzir uma espécie de inventário de eventos passados, no qual nosso narrador é apenas uma testemunha que revela maquinalmente suas histórias. Trata-se de escutar de que lugar nossa/o entrevistada/o constrói e organiza as relações existentes entre experiência e memória e como nós, entrevistadores, vamos nos situando e sendo afetados por sua narrativa.

Explicitado como chegamos ao universo de acesso dos nossos participantes, desenvolvemos um artesanato de produção do nosso *corpus* de análise e interpretação, tomando por base que as narrativas construídas tiveram por inspiração as diversas estratégias de transcriação como definidas pela tradição de história oral na perspectiva de Santhiago (2008), Caldas (1999) e Portelli (1997). Trabalhamos entendendo as narrativas de nossos entrevistados como fontes orais que nos permitem o diálogo com certo espírito de época no que toca ao enfrentamento da epidemia, o manejo institucional pela saúde pública na década de 60, nicho onde se concentra o nascimento e diagnóstico de pólio de quem entrevistamos. O que está em jogo, então, são dois planos narrativos, ou seja, fala-se de si, há um contar-se, mas, ao mesmo tempo, opera

um plano institucional de um momento sanitário que marcou uma época na saúde pública brasileira.

Nossas entrevistas foram realizadas em dupla pelos coordenadores da pesquisa - um homem negro e uma mulher branca, com 60 e 56 anos respectivamente - em uma plataforma digital, majoritariamente com pessoas de fora do Rio de Janeiro. Foram gravadas com autorização de nossos/as entrevistados/as, durando entre 60 e 180 minutos. Após as entrevistas, os entrevistadores se reuniam trazendo suas observações, suas anotações das entrevistas, para uma conversa, uma troca do que foi experienciado naqueles encontros. Esse momento era de muita importância, pois realçava, logo de início, a vantagem de sermos dois, o que permite um leque maior de entendimentos, recriação, diferentes percepções daquilo que foi vivido no campo das entrevistas, favorecendo com isso que valorizássemos ao máximo o universo da oralidade. Por outro lado, este arranjo gera um impacto direto na montagem final dos nossos textos, já que termina adquirindo as nuances compartilhadas e analisadas pelos entrevistadores.

Cada uma das 12 entrevistas realizadas foram narrativizadas, construídas histórias, em um processo de transcriação (Santhiago, 2008; Caldas, 1999). Esse procedimento não toma como seu objetivo final a transcrição das entrevistas, como apenas relatadas pelos nossos interlocutores. Há na base da transcriação uma ação de valorização da oralidade, da relacionalidade entre perguntas e respostas, numa tentativa de produzir um exercício que radicaliza a presença da palavra falada e seu potencial criativo, ficcional, ou seja, literário.

Nosso objetivo ao ouvir as entrevistas é encontrarmos o melhor caminho para aquele texto que nos foi entregue. Por isso, a ideia de ouvir, escrever e transcriar nossas entrevistas, faz parte de uma estratégia que objetiva criar um texto que se aproxime ao máximo da intensidade oral de nossos interlocutores, o plano movediço de suas histórias e a complexidade da subjetividade. Nesse sentido, propor uma escrita que flerta com o literário nos anima em nossas análises, ou, nas palavras de Schmidt (2014), "*precisamos*

aprender com os literatos a falar da subjetividade dos personagens, a romper com o tempo linear e a tramar narrativamente as trajetórias individuais com os contextos onde estas se realizaram" (p.200)

Toma-se, então, como legítimo, o trabalho sobre o texto, a complexidade do encontro oral e seus silêncios, ou seja, todo o cenário que faz parte de uma dinâmica que a entrevista possibilita. Assume-se um processo de textualização da entrevista quando a transformamos em histórias tendo por base todo o universo que nos foi propiciado nos encontros. É nesse sentido que trazemos para este trabalho uma mescla de entrevistas transcriadas e, ao mesmo tempo, as próprias vozes dos/as entrevistados/as, na construção de nosso texto. A aposta foi criar um universo textual que se aproximasse bem de perto do universo das nossas conversas, numa tentativa de revelar sua intensidade e a importância da trajetória de vida dessas pessoas.

Vale afirmar ainda, que quando optamos por trabalhar com entrevistas estamos reativando nossa vinculação com as fontes orais. Quando nos encontramos com nossos entrevistados ou narradores, eles trazem em sua fala toda uma organização cultural que marca e posiciona de que lugar eles se enunciam. O que se torna chave nessa compreensão é o entendimento que as fontes orais colocam em primeiro plano os sentidos sobre aquilo que se fala. Se acionamos essas fontes é porque estamos interessados e buscando as maneiras muito próprias de como uma pessoa constrói e opera sua narrativa com seus tropeços, hesitações, escapes, corpo, etc... (Hermeto e Santhiago, 2022).

Sendo assim, após sucessivos encontros com nossos entrevistados e as memórias e repercussões da poliomielite em suas vidas, nos concentramos neste artigo à marca da institucionalização como resposta à poliomielite instalada na vida daquelas crianças, que os adultos entrevistados foram. A busca e esperança num tratamento e cura gerou um deslocamento territorial forçado para uma região do país que, no nível especializado, concentrava a possibilidade de uma resposta para aquilo que se perguntava: "o que está acontecendo com esta criança"?

A estrutura desta discussão segue coerente – ou ao menos tenta sê-lo – com a construção de uma narrativa textual onde as histórias ouvidas, a partir das experiências de nossos entrevistados, irão conversar com conceitos e perspectivas teóricas que critica e reflexivamente elaborados, se afirmam na construção de um olhar para as trajetórias de vida relacionadas à poliomielite, pelas lentes das ciências humanas e sociais.

As bordas e os bordados do tecido narrativo: a institucionalização e a circulação de crianças nas fronteiras dos deslocamentos por acesso à saúde

Em nossos primeiros encontros no universo da poliomielite, parecíamos adentrar um território esquecido, mas que retorna com toda a intensidade nas histórias de vida e memórias de adultos que foram crianças atingidas pela pólio e os itinerários que percorreram até chegarem aqui. O que lembram? O que não lembram? O que lhes foi contado? Essas perguntas revelam um cenário não linear de nossas conversas, nas quais os pontos de partida eram os mais variados no acionamento de memórias já tão distantes, mas que o corpo em suas diversas repercussões da pólio produz um elo entre o que se passou e o tempo presente. Assim, em cada entrevista, a memória ganha "a feição de um deserto de areias moventes que, a cada ventania provocada pelos dispositivos em ação, revela paisagens distintas" (Rodrigues, 2019:224).

Buscamos as memórias para acolher, embalar, envolver o acontecimento de uma epidemia e quem sobreviveu e pode e quer falar sobre isso. Muitos das/os entrevistadas/os apresentavam um cansaço físico em sua fala, mas, ao serem convidados para este encontro, traziam um discurso forte no qual não se colocavam numa posição de vítimas passivas da pólio. Sobreviveram e querem falar a partir de um lugar de luta, de uma posição de quem possui um saber técnico e político sobre aquilo que se fala. Muitos foram ou são participantes

de associações que militam no campo da pólio, como o G14, já referido acima. A militância foi uma prática encontrada não só para obter informações, mas, principalmente, se agrupar com outros atingidos pelo mesmo problema, numa forma de fortalecimento da caminhada e reprodução de apoio mútuo.

Foi nesse caminho movediço da oralidade e suas memórias que encontramos João, 69 anos, que nos diz:

> Tenho a minha recordação e a recordação da minha mãe do que aconteceu. Então é mais ou menos como eu me lembro, ela me contou todos os detalhes, minha mãe tinha uma memória prodigiosa, detalhista ao extremo, então ela me contou nos mínimos detalhes o que aconteceu quando eu tive a pólio. Eu estava gripado, provavelmente já fazendo sintomas respiratórios e digestivos, ela me levou numa farmácia para tomar uma injeção. Naquela época qualquer coisa se tratava com uma injeção. Tomei a injeção, voltei para casa. No dia seguinte, quando ela me botou em pé, eu tinha 1 ano e 8 meses, a perna direita não aguentou, já tava com a paralisia.

Isso que nosso primeiro entrevistado nos fala inaugura uma sequência de fatos que irá se repetir em muitas outras narrativas: um mal-estar, febre, farmácia e correria para o hospital. O deslocar-se, a emergência e o não saber o que estas crianças tinham parecia ser um roteiro clássico de um momento epidêmico que, até aquele momento, pouco se sabia que estava ocorrendo. Se "*toda infecção pode ser considerada um ato de violência; uma invasão a que o corpo é forçado a reagir*" (Schwarcz e Starling, 2020:27), a pólio trazia o inesperado de algo que acometia crianças tão pequenas e de forma repentina. Abria-se, então, um sentimento de medo, desespero e uma corrida contra o tempo, "se minha mãe não tivesse corrido comigo para o hospital, eu teria morrido ou ficado em situação mais grave", nos diz ainda João, cuja presença da mãe é sempre realçada em sua fala no que diz respeito ao seu cuidado.

"Meu pai não acreditava nessa coisa de vacina", nos disse Silvia, 58 anos, que recebeu diagnóstico de poliomielite aos sete anos de idade, em 1973. Filha mais velha em uma casa de cinco irmãs, só ela teve pólio, pois suas irmãs

foram, posteriormente, vacinadas – "o exemplo veio de dentro de casa". Uma entrevista marcada por uma voz que se esforça, que sumia de vez em quando por conta de sua traqueostomia, marca de sua trajetória com a pólio. Muitas vezes ela cansava e recomendávamos descansar, beber água. Garantindo a ela que iríamos no seu ritmo.

Entre um pigarro e outro começa a contar a sua história. Nascida na cidade de Socorro (SP), município, hoje, com um pouco mais de quarenta mil habitantes, mas moradora de Jundiaí, sua trajetória com a pólio revela um assombro de um quadro clínico que não cedia:

> Fiquei quase cinco dias com febre em casa, aí depois, foi piorando, piorando, muita dor de cabeça. Resolveram me levar na cidade, no médico. Passamos por dois médicos, cada um com uma opinião diferente e um receitou uma injeção pra que eu tomasse. O farmacêutico não quis aplicar, porque achou que a reação ia ser muito forte, talvez eu não suportasse, mas aí você tá com quarenta graus de febre, receita médica, minha mãe não sabia mais o que fazer, aí aplica, né? No momento que aplicou já desmaiei no colo dela. Voltei pra casa, mas a febre não cedia.

Da proteção do colo de sua mãe, para uma internação que duraria um ano e meio, aos sete anos de idade, foi tudo muito rápido. Chegando ao Hospital das Clínicas de São Paulo (HCSP), personagem frequente em nossas entrevistas, fez um exame de *liquor* que desvendou seu mal estar: poliomielite.

Um dos movimentos analíticos a partir de nossos encontros nos possibilita uma conversa com os deslocamentos e fluxos migratórios para acesso à saúde. Isso contemplou tanto deslocamentos de cidades do interior de São Paulo para a capital, onde o Hospital de Clínicas da USP era o destino, ou na nomeação própria para o "clínicas", quanto de outras regiões do país, como cidades do Sul ou Sudeste. Ocorria de forma comum o deslocamento de pequenas cidades para centros urbanos maiores. Estas mudanças de cidades significavam a busca de tratamento para algo que não se sabia o que era e,

também, um deslocamento para um território totalmente desconhecido para essas populações. Se compreendermos com Santos (1997) que um território não é somente a expressão de sua dimensão física, material, mas assume as marcas humanas, sociais, culturais, políticas que produzimos nele, entenderemos que sair de uma cidade para outra traz um custo material, simbólico e afetivo. Essas grandes cidades eram desconhecidas das famílias e com ausência de rede de acolhimento, portanto, a mesma mudança que poderia favorecer a um tratamento, gerava para essas famílias um sentimento de não pertencimento em um momento tão delicado de suas vidas.

Esses deslocamentos significavam, então, a busca de esperança para uma doença desconhecida, que na expressão da paralisia motora, também tinha gravíssimas repercussões respiratórias. Nesse sentido, o tratamento oferecido vinha acompanhado da prescrição do "pulmão de aço" e de internações para a reabilitação, em um momento em que as tecnologias de terapia intensiva tinham esse equipamento como um respirador suplementar. Este aparelho tornou-se uma espécie de personagem frequente em nossas entrevistas, narrado, hoje, como um símbolo de uma época de hospitalização, tratamento e consequente institucionalização dessas crianças, pois "ficar no pulmão de aço" foi, para nossos entrevistados, uma espécie de porta de entrada para a vida hospitalar.

Com 50 anos, Elza é uma pintora com a boca e os pés. Faz parte da Associação de Pintores com Boca e os Pés, que entre seus trabalhos estão os calendários que muitos de nós compramos no início do ano. Há muitos anos esses calendários enfeitam as casas de muitas pessoas e agora estamos diante de uma de suas pintoras e escritora, já que Elza é a autora do livro Pulmão de Aço: uma vida no maior hospital do Brasil, editado em 2012. Logo no início, temos a equipe médica dizendo que ela tinha que ir para o Hospital de Clínicas de São Paulo (HCSP), já que não havia recursos para tratá-la onde estava e que no máximo, ela teria mais oito horas de vida. O anúncio de uma vida breve foi escutado por muitos de nossos entrevistados, mas que, desafiando o tempo e a tecnologia de uma época, sobreviveram para contar suas histórias.

Nascida em Guariba/SP, Elza deslocou-se por muitos municípios até chegar à cidade de São Paulo, destino da busca de sua família por tratamento e o definitivo diagnóstico de pólio, com um ano e nove meses de idade, em março de 1976. Seguiu-se uma internação que duraria incríveis 45 anos, tornando-se juntamente com outras crianças "pacientes residentes" no HCSP. Até os dez, doze anos, viveu entre a vida e a morte, na precariedade da tecnologia. Durante muitos anos, a junção da pobreza familiar com a impossibilidade de deslocar Elza para outro lugar, já que era totalmente dependente dos recursos hospitalares, fez com que ela fosse cada vez mais vivendo a realidade do hospital como seu lugar de referência. Mas, hoje, em casa, deitada em sua cama hospitalar e operando com a boca muitos aparelhos, ela é taxativa ao dizer: "eu sempre quis ir embora. Hospital não é moradia". O hospital foi sendo territorializado na vida de Elza, pois ali ela foi criança, adolescente, adulta, com todos os códigos hospitalares, interações possíveis e marcas simbólicas de uma vida que se desenvolveu em um espaço que, como ela sabe, não é uma casa.

A hospitalização em um momento anterior ao Estatuto da Criança e do Adolescente, e ao direito de a criança permanecer internada em companhia de um responsável de referência, significava uma separação radical da família que se tornara apenas uma visita. É Silvia que nos conta:

> Quando minha mãe e meu pai iam me visitar, eu chorava demais, chorava antes dela chegar e chorava muito quando ela ia embora, porque ela tinha que me deixar lá. Aquele mundo pra mim era um mundo desconhecido, que a gente foi se acostumando e aprendendo também. Eu tinha medo de tempestade, de ficar sozinha no quarto, até que conheci outras crianças. As enfermeiras, as tias, tinham umas que eram legais outras não e aquela amizade das crianças foi bom, porque a gente compartilhava uma com a outra. Minha família só me visitava uma vez por mês, mas tenho boa lembrança de alguns médicos e enfermeiras. Certo dia, eu estava no quarto com outra menina que ganhou um brinquedo, eu fiquei olhando e aí o Dr. Hugo, um paizão, ficou tocado. Ele trouxe uma boneca para mim no outro dia. Isso foi marcante.

Mas não era somente ficar no hospital, isto significava estar submetido a toda uma lógica de procedimentos usados no enfrentamento da pólio naquele momento: "vi a transformação da tecnologia no hospital, o aparelho que uso hoje, em casa, comparado ao pulmão de aço, nossa, nem se compara. Vivi no hospital em uma época antes do SUS", nos fala Elza que opera com a boca a tecnologia que a cerca, num exercício de convocar a diversidade do corpo e seus usos.

Cada entrevistado narra sua história e se posiciona de forma diversa com relação à ocorrência de pólio em suas vidas. Com Arlindo, 51 anos, sua história corrobora essa junção de ficar no hospital e estar submetido aos procedimentos: "Não fui tanto vítima da pólio, mas da ortopedia", nos diz. Prescrever reabilitação e cirurgias dentro do intervalo da primeira infância, podia ultrapassar uma dezena de vezes. O corpo sob intervenção e correção era a oferta. Para algumas famílias isso significou ter que deixar suas crianças no hospital, outras apostaram em levá-las para a casa. Nossas entrevistas apontam para o fato de que não podemos uniformizar as repercussões da poliomielite na vida dessas crianças e suas famílias. Porém, algo se impõe nessas trajetórias: a presença do hospital e sua realidade como um elemento que emoldura a infância de muitas crianças, consequentemente afastando-as de suas cidades, casas e famílias, ou seja, seus territórios de expressão. A oferta de saúde vinha na forma de uma oferta para institucionalização da criança, pela tecnologia que iria reparar o sistema respiratório, na utilização do pulmão de aço. Este foi o antecedente dos aparelhos de ventilação mecânica que hoje integram as unidades de terapia intensiva, e se tornaram tão conhecidos na pandemia de COVID-19.

Arlindo nasceu em Bom Jesus de Itabapoana, há uma hora do hospital mais próximo, em uma usina de açúcar, com nove meses já andava, mas teve uma febre, foi levado a um farmacêutico. Havia um surto de paralisia infantil na região. Foi transferido para o Hospital Jesus no Rio de Janeiro, de ambulância, ficou internado por dois meses, mas com muitas altas e reinternações. Com dois anos veio para o Hospital São Sebastião, no Caju, para cirurgias corretivas na perna direita, o que decretou a mudança em definitivo da família para a

cidade do Rio de Janeiro. Dos dez anos até aos quatorze anos fez quatorze cirurgias. No hospital, mais uma vez, os pais não podiam ficar com os filhos, mas os amigos feitos lá fazem parte das lembranças de Arlindo. Assim foi com Téo, 67 anos, que entre os 11 e os 17 anos de idade fez 13 cirurgias, intervenções produtoras de isolamento do mundo, de uma vida ordinária, em função dos longos processos de internação e recuperação.

"Até os quinze anos fiz fisioterapia diariamente e dez cirurgias", nos conta Selma, 60 anos, que fala que nas memórias de sua infância que a sua vida era médico, escola e dormir: "possuía um corpo em função da pólio, onde praia e piscina não eram meus lugares". Mais tarde foi para Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e diz ter encontrado sua identidade, mas não sem conflitos, "mostrar ou não as pernas, como poder ser alguém e não ser admirada, não ser atraente".

O corpo e as marcas deixadas pela pólio seguem em nossos entrevistados contando suas histórias. Das mais diversas formas, esses corpos estão presentes no mundo, nas cidades e, por que não, no outro. Ou seja, o que Selma nos revela é profundamente importante, pois deixa claro o lugar das interações humanas no próprio processo de sua existência e consciência de pertencimento a um lugar, num sentido amplo ou socialmente reduzido. Coelho (2013), retomando os trabalhos de Georg Simmel nos dirá que a sociedade é dinâmica, processual e que não existiria, como afirma Simmel, uma interação em si mesma. Podemos pensar então que o outro está presente também com o seu corpo, seu olhar, sua presença, que produz efeitos na maneira como nos olha, nos pensa, nos toca ou, até mesmo, nos deseja. Isto foi um fato crucial para nossos/as narradores: mostrar-se, interagir, expor-se. Contudo, se seguirmos no caminho com Simmel, veremos que todas essas condições se ligam diretamente aos nossos sistemas de articulação em sociedade e aí, como relatado por eles e elas: tiveram que seguir itinerários de lutas para produzir existência, saídas para o que lhes atingirá na infância – João traduz isso muito bem quando afirma

> O que eu me lembro em termos da doença é que isso para mim se tornou normal, porque eu não me lembro das duas pernas funcionando, eu só me lembro eu do jeito que eu sou. Então, pra mim, não faz a menor diferença porque eu me desenvolvi assim e fui me adaptando na medida do possível, assim... O que aconteceu na minha vida foi: tem que fazer tal coisa, ah, como é que os outros fazem? Não importa, eu vou fazer assim, porque é assim que eu faço.

As longas internações e os diversos procedimentos médicos para alguns de nossos entrevistados tornaram-se um destino e desdobraram-se na institucionalização de suas rotinas, conforme foram crescendo. Falamos de institucionalização aqui, a partir do entendimento que uma instituição não possui somente uma dimensão material, física. A instituição é, também, um conjunto de normas, uma trama, um funcionamento político, subjetivo, inconsciente, de tudo que acontece no interior de um estabelecimento, aqui, no caso, um hospital (Lourau, 2004). Portanto, ficar no hospital para essas crianças significou serem atravessadas por uma série de práticas que passam a regular suas vidas e, também, as de suas famílias, redimensionando seus modos de vida mesmo fora do hospital. Ou seja, mesmo fora desse local, as práticas e códigos hospitalares de cuidado operam em suas vidas. Mesmo que alguns não necessitem e nem sejam dependentes de tecnologias médicas, muitos precisam acionar dispositivos de saúde para exames, acompanhamentos sistemáticos.

Para Foucault (1975), uma instituição configura-se como um conjunto de saberes, poderes e práticas, distribuídas de forma programática e reticular, alcançando os corpos e organizando modos de comportar-se.

No caso das crianças com pólio, tomada como uma situação social acionadora de experiências vitais e institucionais, o hospital torna-se não somente um *lócus* do tratamento, mas também um território de oferecimento do esperado para uma criança: a escolarização, por meio de ações formais de alfabetização, e através de atividades de voluntários com a ocupação do tempo também com arranjos de outros aprendizados, como as artes. Os eventos e festas ocupam e momentaneamente reconfiguram o espaço, e em

hospitalizações prolongadas faz-se necessário como um desafogo de rotina, uma suspensão temporária da realidade.

Outro ponto a destacar como desdobramento analítico é friccionar o conceito de deslocamento migratório, institucionalização e circulação de crianças de Claudia Fonseca (1995) que, segundo a própria autora, é tomado de empréstimo do antropólogo Grant Mcracken, (1983). A preocupação de Claudia Fonseca era disseminar uma perspectiva sobre circulação de crianças que não fosse capturada pelas ideias de "famílias naturais" modelos de certo padrão nuclear. A aposta da autora não é nem em romantizar o conceito, mas investir em perguntas, pesquisas e conhecimento sobre dinâmicas familiares diversas.

Interessante observar como facilmente na institucionalização, como uma situação social específica relacionada à hospitalização de crianças, se sustenta um universo de sentidos que cercam a constituição de falas como "somos uma família". A criança internada não raras vezes é assumida como filho de alguém, ou seja, sem processos formais de adoção parece se configurar e ser evocada a imagem de que a criança circula. Por alguns canais, em um espaço onde regras e rotinas rigorosas estabelecem formas de comportar-se e se relacionar, as emoções conseguem circular e escapar de um modelo profissional e de trabalho, se deslocando para outro extremo que é o do afeto, do "como se fosse família".

Isso fica muito claro nas falas de Sílvia, Arlindo e Elza. Ambos trazem a memória de que muitas amizades foram feitas, que os profissionais do hospital se tornaram muito próximos e que outras crianças foram fundamentais na sustentação de algum nível de saúde diante de situações difíceis. O que nossos/as entrevistados/as revelam é uma posição muito ativa diante da situação de adoecimento e hospitalização. Fizeram laços com outras crianças e encontraram adultos que foram cuidadores para além das práticas hospitalares. Elza, que ficou internada 45 anos, assistiu do hospital o aparecimento da Internet. Descobriu com o passar do tempo as salas de bate papo e pôde ampliar seus laços e se conectar com um mundo para além do ambiente hospitalar. Foi

em uma dessas salas que fez amizade com Luís, um rapaz religioso, que após muitas conversas, lhe oferece a oportunidade de ser voluntária, dando um suporte para pessoas em dificuldades. Foi através desse amigo, que ela diz que salvou sua vida, que começou um longo processo de Elza sair do hospital, pois ele passou a visitá-la e criou condições para levá-la para residir em uma casa alugada e equipada por ele. Pensando o processo de institucionalização, Elza nos conta que não foi fácil "desmamar" do hospital: "eu sou um bebê de cinco anos fora do hospital, é outro aprendizado" Apesar de estar sempre deitada em consequências das repercussões da pólio, diz: "o mundo na horizontal não é o meu". Sair do hospital para Elza significou ter que adquirir uma bagagem que não possuía anteriormente.

O processo dessas crianças internadas, ou que saíam e voltavam, lembra em muitos aspectos as lutas no campo da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Acionando a memória desse movimento, um dos maiores desafios era como estabelecer uma vida fora do hospital, como romper com o isolamento e produzir vida fora da condição hospitalar (Amarante &Torre, 2018). Como reinserir essas crianças na cidade? Nas escolas? No lazer? Ir para a escola foi um desafio para nossos/as entrevistados/as. Escolas mal equipadas e sem uma política de acolhimento construída era um cenário frequente para que essas crianças não ficassem lá. Contudo, em alguns casos, o espaço escolar torna-se também um lugar de encontro com a construção de possibilidades de vida diante das limitações que a pólio trazia.

Lúcia, 60 anos, é professora e pesquisadora em uma universidade pública. Foi uma dessas crianças que a família de uma cidadezinha do interior do Paraná, ao escutar para deixar a filha no hospital, disse não! Voltou pra casa, mas não escapou de hospitalizações prolongadas por conta de cirurgias em seu quadril. Porém, foi numa escola de freiras que Lúcia achou o seu caminho, afirmando sua paixão incondicional pelos estudos. Estava num ambiente em que pôde ser percebida como alguém que tinha no conhecimento um grande interesse, logo começando a dar aulas, ainda muito jovem.

O isolamento terapêutico foi a regra na constituição do campo psiquiátrico na história, com o hospital funcionando como um dispositivo que assumiu o protagonismo ao falarmos de tratamento de determinadas condições de adoecimento. É nesse sentido que a luta da reforma psiquiátrica brasileira também nos apoia quando precisamos discutir os processos de desinstitucionalização em muitos cenários de adoecimentos longos e complexos, como foi no caso da pólio. Entre "deixar o filho no hospital ou levá-lo para casa", questão revelada por muitos de nossos/as entrevistados/as, o que estava em jogo era como pensar ações de tratamento em um território que fosse benéfico para aquelas crianças e suas famílias, do ponto de vista escolar, de lazer e dispositivos de saúde caso fosse necessário? É Silvia que nos diz:

> Saí do hospital por volta dos 8/9 anos, mas tive muitas reinternações. Meu pai conseguiu com o Dr. Sergio os aparelhos para ir pra casa. Onde eu morava os médicos não tinham conhecimento do que era uma pessoa com pólio. Achei o Dr. Sergio no HCSP, estava de plantão, ele falava "o que você fez, teu pulmão tá péssimo, você tem só alguns meses de vida. Eu dizia: tio Sergio, eu não vou morrer não." Eu ia e voltava para o hospital. Os médicos não sabiam o que fazer aqui. Fui a única menina que teve pólio na região, o posto mobilizou a região para vacinar.

A trajetória de encontro com a identidade de ser uma mulher com deficiência, se configurou também presente para Marilia na história narrada. Ela destaca que seu lugar hoje como uma representante das lutas das pessoas com deficiência, passou por uma trajetória construída através das relações com dois companheiros que teve. Um primeiro, também um homem com deficiência, não lhe permitia reconhecer-se nas lutas por inclusão. Vivia com ele para ele, e numa relação a dois que os excluía de uma vida social. Com a separação, e o segundo relacionamento, também com um homem com deficiência, o amor configura-se também em um olhar para ela, afirmativo da presença legítima no mundo, de recontecer-se mulher, amada, ter um

filho, e sair nas passeatas com a cadeira de rodas com a frase "yes we fucking". Assumir-se não somente mulher, mas mulher com deficiência, e encontrar o movimento das pessoas com deficiência nas lutas por inclusão, foi também assumir a sexualidade como presença em sua vida, de forma política e pública.

Abrir a costura para considerações finais

Quando Alan, um de nossos entrevistados, nos diz que ele e as outras pessoas com pólio estão em extinção, como narrado em nosso texto, ele nos dá uma dimensão muito refinada da importância em buscar e estabelecer uma ligação entre as memórias de uma epidemia e os sentidos que elas cumprem ainda hoje no campo social, político e, claro, da vida das pessoas atingidas. Eventos traumáticos ou sensíveis de grande escala como uma epidemia produzem efeitos muito significativos na organização da vida de pessoas e suas famílias, como vimos nas diversas narrativas acima. Assim, retomar o tema da poliomielite num processo de entrevistas foi um evento de muita intensidade, nos fazendo perceber que diante de emergências sanitárias complexas a questão do tempo, da memória e da produção de histórias é sempre algo que merece uma atenção particular, que foi o que tentamos empreender nesse texto.

Nesse sentido, trabalhar com fontes orais no campo dos eventos sanitários, como epidemias e pandemia, permite uma ressignificação das experiências daqueles que falam e das nossas próprias experiências enquanto pesquisadores. Por outro lado, podemos perceber o efeito que determinados eventos históricos tiveram na vida de alguns grupos e quais sentidos, caminhos e afetos foram construindo em seu enfrentamento. O campo da oralidade ainda nos permite apostar num processo descolonizador de determinadas versões oficiais, criando e ampliando linhas de entendimento anteriormente não abordadas ou fragilizadas por discursos hegemônicos. Há na oralidade uma ligação com a democracia, pois ao falar, ao contarem suas histórias e construir memórias,

ampliamos o sentido da cidadania e podemos estabelecer outros pactos políticos e abrir nossas agendas no campo da saúde (Ceccon et al, 2022).

Temos a compreensão em nossas pesquisas que buscar entender a maneira como as pessoas viveram e atravessaram momentos traumáticos é fundamental no processo de construção de políticas de acolhimento, cuidado, memória e reparação. Apesar de épocas distantes, falar de poliomielite nos remete àquilo que Ventura (2023), abordando o tema da Covid-19, nos diz: "pandemia é um tema de memória, verdade, justiça" (p.12)

Em seus relatos, nossas/os entrevistadas/os falam de tudo que lhes aconteceu após o diagnóstico de pólio. Podemos observar que este momento alterou suas vidas desde a questão territorial, passando pelo aspecto escolar e a necessidade de desconstrução dos processos de institucionalização devido às longas internações e cirurgias no decorrer da infância.

Por fim, pensar numa agenda de saúde significa trazer também para o debate o tema da reparação, que não estava presente no início da pesquisa, e emerge no decorrer do campo. Nossos e nossas entrevistados e entrevistadas tornam a poliomielite um evento ordinário no decorrer de suas trajetórias de vida. Mas, não sem perder de vista o extraordinário de um Estado que produz esperas, esquecimentos e adiamentos nas respostas e necessidades. Em se tratando de emergências sanitárias e eventos traumáticos, este é um tema fundamental para pensarmos não só o que já foi vivido, mas enfrentar outras situações, como no caso da Covid-19. E, ainda, as reivindicações por justiça e reparação das mulheres com filhos nascidos com as repercussões da epidemia de Zika que lhes acometeu na gravidez. Apesar de reparação ser um tema polissêmico, encerramos com Alan, nosso entrevistado, dizendo que no caso da pólio, reparação é ter acesso aos dispositivos de saúde, parcerias públicas, matérias ortopédicos e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Ele evoca também, o campo das lutas das pessoas com doenças raras e faz um coro comum, ao destacar que uma pessoa vivendo hoje com as repercussões da pólio, é também uma pessoa rara. A luta por reparação não é luta por benefício econômico, mas por reconhecimento e acesso à saúde.

Referências

Amarante, P. & Torre, E.H.G. (2018) De volta à cidade sr. Cidadão- reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rap. Revista de Administração Pública*. 52(6) (pp.1090-1107) http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130

Benjamin, W. (1936). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Magia e Técnica, Arte e Política* (pp 197-222) São Paulo: Editora Brasiliense.

Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption. Sociol Health Illn, 4(2), p:167-82. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939

Caldas, A. L. (1999) Transcriação em História Oral. *Neho-historia*, n1, (pp. 71-79).

Campos, A. L. V. de, & Nascimento, D. R. do, & Maranhão. E. (2003) A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciência e Saúde de Manguinhos*. 10 (2) (pp. 573–600).

Ceccon, R. F.& Garcia-Jr, C.A.S & Dallmann, J.M.A & Portes, V.M. (2022) Narrativas em saúde coletiva: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. (pp. 7-9)

Coelho, M. C. (2013) *Estudos sobre interação: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Da Matta, R. *O que faz o Brasil*, Brasil? (1997) Rio de Janeiro: Rocco.

DAS, V. (2023) *Aflição: saúde, doença e pobreza*. São Paulo: UNIFESP.

Faria, L. (2015) Poliomielite: várias histórias da doença e de seus efeitos tardios. *História, Ciência e Saúde de Manguinhos*. 22 (3) (pp.1081-87). https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000300026

Fonseca, C. (1995) *Caminhos da adoção*. São Paulo: Editora Cortez.

Hermeto, M & Santhiago, R. (2022) Introdução In M. Hermeto & R. Santhiago (orgs) *Entrevistas imprevistas: surpresa e criatividade em História Oral*. (p.22) São Paulo: Editora Letra e Voz.

Herzlich C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. Physis [Internet]. 2004 Jul;14(2):383–94. Available from: https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200011

Kleinmann, A., & BENSON P. (2006) Culture, moral experience and medicine. The Mount Sinai Journal of Medicine, 73(6). (pp. 834-39) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17117308/

Larrosa, J. (2002) Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. 19, (pp. 20-8).

Lourau, R. (2004) Objeto e método. In S.Altoé (org). *Renè Lourau: analista institucional em tempo integral.* Rio de Janeiro: Hucitec.

Martins, P. H. (2011) O dom como fundamento de uma cultura democrática e associativa. In: Portugal, S; & Martins, P. H. (orgs). *Cidadania, políticas públicas e redes sociais*.

Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. (pp.13-27). https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/41478/1/%EF%BB%BFCidadania%2C%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20e%20redes%20sociais.pdf

Mauss, M. Ensaio sobre a dádiva. (2003) In: Mauss, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif.

Mckracken, G. (1983) The Exchange of Children in Tudor England: an Anthropological Phenomenon in Historical Context. *Journal of Family History*, 8 (4), (pp. 303-313) https://doi.org/10.1177/036319908300800401

Nascimento, D. R. do. (2010) *A história da poliomielite*. Garamond: Rio de Janeiro.

Paiva, C.H.A. & Mannheimer, V. & Cueto, M.& Agostini, C. (2023) Covid-19 como tema da memória, verdade, justiça: entrevista com Deisy Ventura. *História Ciência Saúde – Manguinhos,* 30 (suplemento 2023053). https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100053

Pollak, M. (1989) Memória, Esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 2(3) (pp. 3-15)

Portelli, A. (1997) O que faz a história orla diferente? *Projeto História*, São Paulo (14)

Portelli, A. (2010a) *Ensaios sobre história oral*. São Paulo: Ed. Letra e Voz.

Portelli, A (2010b) História oral e poder. *Mnemosine.* Rio de Janeiro, 6 (2) (pp.02-13).

Portelli, A (2016) *História oral como arte da escuta*. São Paulo: Ed. Letra e Voz.

Rodrigues, H. B. C. (2019) O homem sem qualidades: história oral, memória e modos de subjetivação. In: Rodrigues, H. B. C. *Análise Institucional, genealogia e História Oral: Fabricando intercessores em pesquisa intervenção*. Curitiba: Ed. Appris.

Safatle, V. (2015) O circuito dos afetos. São Paulo: CosacNaif.

Safatle, V. (2019) Conferência. Presente, pós-verdade e experiência. Sesc. São Paulo.

Santos, M. (1997) *Técnica Espaço Tempo -Globalização e Meio Técnico Científico Informacional.* São Paulo: Hucitec.

Santhiago, R. (2008) Da fonte oral a história oral: debates sobre a legitimidade. *Saeculum – Revista de História*, (18), (pp. 33-46) https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/srh/article/view/11395

Schmidt, B. B. (2014) Biografia: um gênero de fronteira entre a história e a literatura. In: Rago, M. & Gimenes, R. A. O. (orgs). *Narra o passado, repensar a história*. Campinas: Unicamp.

Schwarcz, L. M., & Starling, H.M. (2020) *A bailarina da morte. A gripe espanhola no Brasil.* São Paulo: Companhia das Letras.

Stanley, L. (2009). Narratives from Major to Minor: On Resisting Binaries in Favour of Joined up Thinking. *Sociological Research*. 14 (5) https://doi.org/10.5153/sro.2068

Velho, G. Observando o familiar. (1978) In: Nunes, E. (org). *A aventura sociológica.* Rio de Janeiro: Zahar.

Capítulo 27

Eu ainda me levanto: violência, arte e saúde coletiva como gesto político

Davison Godoy Dutra
Elbin Djedjo
Stela Nazareth Meneghel

Há violências que tentam nos ensinar a ficar no chão. Que nos querem curvadas, silenciosas, domesticadas pela dor. Violências que se repetem na história, nos corpos e nas instituições e que apostam no cansaço como método.

Mas, como nos lembra Maya Angelou (2015) há algo que insiste. Mesmo quando a história pesa, mesmo quando a ferida ainda arde, há um gesto que se repete: levantar-se.

Levantar-se apesar do colonialismo que organizou a violência como política. Levantar-se apesar do racismo que define quais vidas importam. Levantar-se apesar do patriarcado que naturaliza a dor das mulheres, as destrói e as mata quando não lhes servem mais. Levantar-se quando o Estado falha, quando a justiça tarda, quando o silêncio é imposto.

"Eu ainda me levanto" não é apenas um poema ou uma narrativa. É um enunciado político. Um corpo que recusa o lugar da submissão. Uma memória

que não aceita o apagamento. Uma voz que transforma a dor em linguagem e a linguagem em resistência.

> Você pode me fuzilar com suas palavras.
> Você pode me cortar com seus olhos.
> Você pode me matar com seu ódio,
> Mas ainda, como o ar, eu vou me levantar (Angelou, 2015, p. 175).

É a partir desse gesto: o de levantar-se, que esta carta se escreve.

Levantar-se, no campo da Saúde Coletiva, significa reconhecer que a violência não é acidente nem exceção, mas determinante social da saúde ou da morte. Significa compreender que ela produz desigualdades, produz adoecimento e estrutura trajetórias de vida marcadas pela exclusão, pela dor e pela morte evitável. A violência atravessa corpos antes mesmo do diagnóstico, limita o acesso à educação, ao trabalho, à justiça e aos serviços de saúde e define, de forma seletiva, quem pode viver e quem pode morrer.

Falar de violência nunca foi simples. Não porque faltem dados, diagnósticos ou leis, mas porque ela opera também no campo do sensível: molda afetos, normaliza silêncios e transforma o inaceitável em rotina. Por isso, no campo da Saúde Coletiva, a violência não pode ser compreendida como evento isolado ou falha moral individual. Ela é estrutural, histórica e profundamente política.

Quando olhamos para contextos marcados por heranças coloniais, como o Brasil e a Guiné-Bissau, essa estrutura se torna ainda mais evidente. A violência contra mulheres expressa em feminicídios, mutilação genital feminina, violência obstétrica, salários menores que o dos homens para os mesmos postos de trabalho, ou seja, exclusão política e econômica, não é fruto do acaso. Ela se articula a tradições patriarcais, desigualdade de gênero, racismo, pobreza, analfabetismo, fragilidades institucionais, colonialismo, capitalismo e sociedade de classes. Mesmo quando leis existem, sua não aplicação revela uma escolha política: a de tolerar a continuidade da violação.

Do ponto de vista da saúde, essas violências operam como verdadeiros determinantes sociais de exclusão, de pobreza e de submissão. Consideradas um problema de saúde pública, apenas a partir de 1990, as violências produzem sofrimento psíquico, adoecimento crônico, mortes prematuras e manutenção intergeracional de vulnerabilidade. Não são problemas externos ao campo da saúde, mas parte constitutiva das iniquidades que a Saúde Coletiva se propõe a enfrentar quando assume o compromisso com a equidade, a integralidade e a justiça social.

Se a violência se sustenta também pela anestesia dos afetos - pela naturalização da morte, do sofrimento e do silenciamento - enfrentá-la exige mais do que relatórios técnicos. Exige linguagem, exige denúncia, exige perder o medo e a vergonha expor o ato. Exige ação, exige luta, exige arte.

A música, a poesia, o cinema e a literatura permitem dizer o que muitas vezes a linguagem acadêmica não alcança. Essas manifestações desorganizam certezas, deslocam papéis naturalizados e revelam que aquilo que chamamos de "natural" é, muitas vezes, construção social. Ao questionar masculinidades associadas à brutalidade e feminilidades aprisionadas ao cuidado compulsório, a arte expõe o caráter político daquilo que parecia apenas cultural.

Falar de violência por meio da arte é também uma estratégia ética. É uma forma de romper o silêncio que protege o agressor, de reinscrever o sofrimento no espaço público e de devolver humanidade às estatísticas. Quando a arte convoca o corpo, ela reabilita a sensibilidade que as pedagogias da crueldade tentam apagar. Ela nos obriga a sentir e o sentir pode alavancar um ato político.

Foi nesse entrecruzamento entre teoria, arte e experiência que se constituiu a comunidade interpretativa formada na disciplina *Violências e Vulnerabilidades em Saúde*, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Assim, o grupo aceitou o desafio de narrar as suas histórias de vida e de escrever as cartas. Os relatos, reflexões e cartas produzidos nesse espaço revelam algo essencial: pensar a violência não é um exercício distante, mas um processo que atravessa histórias pessoais, territórios, práticas profissionais e escolhas éticas.

Emergiram narrativas de violência obstétrica, de mutilação genital feminina, de feminicídios silenciados, de jovens negros mortos pela violência de Estado, de famílias desamparadas pela rede de saúde e de mulheres excluídas dos espaços de decisão política. Mas emergiram também gestos de resistência: a escrita como denúncia, a escuta como cuidado, o conhecimento como compromisso com a transformação social.

Essa experiência coletiva evidenciou que produzir conhecimento em Saúde Coletiva não pode ser neutro. Implica tomar posição. Implica nomear a violência, recusar explicações que a naturalizam e disputar o sentido das políticas públicas. Implica reconhecer que não há promoção da saúde possível em contextos onde a vida é hierarquizada e algumas mortes são tratadas como aceitáveis.

Levantar-se, aqui, não significa negar a dor. Significa recusá-la como destino. Significa afirmar que o silêncio não protege — ele legitima. Que a saúde não se constrói apenas em hospitais e serviços, mas também na memória, na justiça e na transformação das estruturas que produzem sofrimento.

As violências são situações que podem envergonhar e atemorizar as vítimas, que se calam por medo de relatá-las, porque no capitalismo patriarcal e racista as pessoas em situação hierarquicamente "inferior": as mulheres, as crianças, os e as negras, os pobres, muitas vezes são não apenas desacreditadas, mas culpabilizadas pela violência que sofrem. Isso acontece diariamente e foi visto recentemente, no "tribunal da internet" no qual circularam centenas de mensagens de simpatia a um marido homicida que matou os filhos e se suicidou após, culpabilizando a esposa que supostamente o havia traído.

Porém, como afirma Luc Boltanski (2000), a denúncia de uma injustiça supõe a designação de um culpado ou de um responsável, que pode estar representado por uma sinédoque de abstração (o capitalismo, por exemplo) ou ser identificado e designado nominalmente. E pode ser mais importante reabilitar uma vítima injustamente acusada, por meio da condenação moral de quem a prejudicou, do que qualquer sanção material ou legal. Porém, o denunciante precisa convencer outras pessoas, associá-las a seu protesto,

mobilizá-las e, para isso, assegurar não somente que diz a verdade, mas também que essa verdade merece ser dita, e que a acusação individual ou coletiva, ao veredicto público, está à altura da injustiça denunciada (Oliveira, Meneghel, Bernardes, 2009). Assim, eu me levanto!

Que esta carta - escrita em várias mãos, atravessada por diferentes experiências e territórios - seja também um convite. Um convite para que deixemos de normalizar a violência. Para que o Estado seja responsabilizado pela não aplicação das leis que ele próprio instituiu. E para que a saúde, em seu sentido mais amplo, volte a ser inseparável da dignidade, da equidade e do direito à vida.

> Porque, apesar de tudo, nós nos levantamos:
> Abandonando as noites de terror e medo
> Eu me levanto
> Para um amanhecer maravilhosamente claro
> Eu me levanto
> Trazendo as dádivas que meus ancestrais me deram
> Eu sou o sonho e a esperança dos escravos
> Eu me levanto.
> Eu me levanto.
> Eu me levanto (Angelou, p. 176).

Eu me levanto!

Referências

Angelou, Maya. Poesia completa. Astral cultural, 2015.

Boltanski, Luc. El amor y la justicia como competencias. Tres ensayos de sociología de la acción. Buenos aires: Amorrortu Eds, 2000.

Oliveira, Maria Luiza; Meneghel, Stela N; Bernanardes, Jeferson. Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. Psicologia & Sociedade, ABPS, v.21, n.2, p. 266-274, 2009.

Epílogo
(ou sobre como as narrativas não são um adorno, mas a própria fábrica do real)

Lupicinio Íñiguez-Rueda

Chegar até aqui, caro leitor, cara leitora, não é um simples ato de consumo bibliográfico. É ter atravessado um artefato heterogêneo, denso e deliberadamente montado, que não se contenta em enfeitar o campo da saúde coletiva com relatos pitorescos. Não. O que este livro veio fazer — e fez com uma consistência nada desprezível — é nos lembrar de algo que o paradigma dominante insiste em esquecer: que narrar não é um recurso expressivo menor, mas uma prática central, performativa, na produção do que chamamos de conhecimento, do que chamamos de clínica, e do que chamamos, com toda a carga política que isso carrega, de saúde ou doença.

Diante da obsessão reducionista por indicadores, diagnósticos envernizados de neutralidade técnica e protocolos que tentam domesticar a contingência, este volume propõe um deslocamento: situar no centro não uma suposta experiência crua ou pré-linguística, mas as trajetórias biográficas enquanto construções narrativas, os afetos enquanto efeitos de discurso, e as condições concretas de existência como aquilo que, justamente, só se torna acessível através do relato. Assim, a narrativa não é uma alternativa fraca

ou sentimental diante do rigor científico; é, mais do que isso, a condição de possibilidade para ampliar — e problematizar — aquilo que chamamos de "conhecimento válido" em saúde.

O livro acerta, e não é pouco, ao articular três níveis que costumam viver em divórcio administrativo: o epistemológico, o metodológico e o empírico. E os articula porque entende que a narrativa é, ao mesmo tempo, objeto de reflexão, ferramenta de intervenção e dispositivo de transformação. Não há aqui um luxo teórico separado da prática: há uma aposta na performatividade da análise.

No plano epistemológico, a obra se inscreve numa crítica já conhecida — mas nunca suficientemente radical — ao positivismo que colonizou as ciências da saúde. Esse positivismo que postula uma realidade objetiva lá fora, independente do observador, e que aspira a uma neutralidade metodológica tão impossível quanto politicamente útil. Suas eficácias são inegáveis, mas seus custos também: invisibilização da subjetividade, fragmentação dos processos de saúde em variáveis isoladas, e uma descontextualização que beira o absurdo quando se trata de corpos situados.

Aqui se adota, em contrapartida, uma perspectiva construcionista — não por moda, mas por necessidade — que entende o conhecimento como um processo situado, relacional e, sobretudo, historicamente produzido. As narrativas não refletem uma realidade preexistente; elas a constituem. A linguagem não é um meio transparente, mas um dispositivo performativo que configura identidades, relações e, claro, formas de poder. Isso incomoda? Pois melhor assim.

Esse deslocamento tem consequências que alguns classificariam como incômodas. Primeira: cai a separação tradicional entre sujeito e objeto de conhecimento. Segunda: abre-se a porta para saberes marginalizados pelos critérios hegemônicos de validação científica — os saberes do corpo, os afetos, as intuições que, por não serem menos racionais, são menos domesticáveis.

E aqui aparece um ponto especialmente suculento: conceitos como "ciência intuitiva" ou "cartografia" não são concessões à nebulosa new age; são

tentativas de ampliar o que entendemos por rigor, incorporando dimensões sensíveis e relacionais que a análise quantitativa, com toda a sua potência, não consegue capturar. O corpo deixa de ser um objeto passivo para se tornar uma instância ativa de conhecimento. E isso, claro, exige repensar a metodologia.

Nesse plano metodológico, o livro desdobra um leque que vai da medicina narrativa à teoria do ator-rede, passando pela hermenêutica dialética e pela pesquisa coparticipante. O comum a todas elas é a rejeição à neutralidade do pesquisador. A pesquisa não é coleta de dados sobre um objeto externo: é um acontecimento relacional onde se coconstroem significados. A presença do pesquisador não é inocente; ela intervém, modifica, produz efeitos. Assumir isso não é uma confissão de fraqueza, mas a única postura ética e epistemologicamente responsável.

Nesse contexto, a figura do "Pesquisador InMundo" — essa joia conceitual que nos chega do Sul — é uma das contribuições mais sugestivas. Diante do ideal moderno da distância e da objetividade, propõe-se um pesquisador implicado, consciente de sua participação no campo. "Estar no mundo" não é um limite; é a condição de possibilidade para produzir conhecimentos situados. E, diga-se de passagem, qualquer outra coisa é mística positivista.

As ferramentas concretas — o "usuário-guia", os diários cartográficos — permitem acessar dimensões da experiência que os registros institucionais soterram. Tornam visíveis as redes informais de cuidado, as trajetórias singulares, as estratégias cotidianas daqueles que sustentam a vida em contextos de vulnerabilidade. E ao fazê-lo, não apenas ampliam o observável, mas geram condições para que os sujeitos participem ativamente da produção de conhecimento. Isso, que soa como slogan participativo, aqui tem carne e osso empíricos.

Os estudos de caso — saúde mental, diversidade de gênero, pandemia, violência obstétrica, racismo estrutural, epistemologias indígenas — mostram o quanto as narrativas são dispositivos de visibilização. As desigualdades

sociais não são um pano de fundo; são o próprio tecido dos processos de saúde-doença. E a narrativa se torna, assim, uma ferramenta privilegiada para abordar a equidade, não pela retórica, mas pela prática de dar voz àqueles que foram sistematicamente silenciados.

Longe de propor uma oposição simplista entre narrativa e medicina baseada em evidências, o livro propõe uma articulação tensa, porém necessária. Não se trata de substituir, mas de integrar: a melhor evidência disponível com a experiência, os valores e as preferências dos pacientes. Isso não é fácil, mas é o único horizonte ético e clínico consistente. Nem reducionismo técnico nem relativismo extremo: equilíbrio incômodo, porém fértil.

E um último aspecto que me interessa destacar: o livro não busca encerrar debates nem oferecer respostas definitivas. É um convite a pensar, a problematizar, a experimentar novas formas de pesquisar e intervir. Reconhece a impossibilidade de reduzir a complexidade da vida a esquemas fechados. E isso, num campo acadêmico obcecado pela novidade e pela solução rápida, é um ato de honestidade pouco comum.

Assim, este epílogo não encerra nada. Prolonga o gesto do livro: convidar a seguir explorando, pesquisando e transformando as práticas de saúde, a partir de uma perspectiva que reconheça a centralidade da experiência — mas não como dado bruto, e sim como construção narrativa —, a importância da palavra — mas não como expressão, e sim como ação — e a dimensão profundamente política do cuidado. Porque, no fim das contas, a pergunta que atravessa todo o campo da saúde é esta: quais formas de vida são reconhecidas, escutadas e cuidadas, e quais são sistematicamente desassistidas? O livro não a responde, mas nos dá ferramentas para formulá-la melhor. E isso, tratando-se de saúde coletiva, já é bastante.

Sobre os autores

Águi Berenice Ferreira Martins – Graduanda em Terapia Ocupacional (UFRJ). E-mail: ferreiramrtns@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7032-4736

Alana Aragão Ávila – Doutora e Mestra em Antropologia Social (UFSC), Bacharela em Psicologia (UFC). E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1457-2718

André Vichara Barcellos – Graduado em Cinema (UFSC), mestrado e doutorado em Literatura (UFSC). E-mail: a.vbarcellos@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0420-8746

Antonio Pagni – Psicólogo, encarregado Técnico de Saúde - Prefeitura Municipal de Santo André-SP/Consultório na Rua. Pesquisador da Rede de Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. E-mail: antonio_pagni@msn.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6563-540X

Aurélio Orth de Aragão – Mestre em Comunicação Social (PUC-Rio); Roteirista e Professor Assistente (ECO/UFRJ). E-mail: aurelio.aragao@eco.ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0009-0008-2887-2982

Carlos Alberto Severo Garcia Jr. – Psicólogo, Especialista em Saúde Mental (Residência Integrada em Saúde GHC/RS), Mestre em Educação (UFSM) e Doutor em Ciências Humanas (UFSC). Professor Adjunto no Departamento de Ciências Médicas (DCM/UFSC). Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental (UFSC) e Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC) E-mail: carlos.garcia.junior@ufsc.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3367-4151

Carolina da Nova Cruz – Graduada em Letras-Português (UFSC) e mestre em Literatura (UFSC). Email: carolnovacruz@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2393-192X

Cláudio Banzato – Professor Titular do Departamento de Psiquiatria, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: cbanzato@unicamp.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8556-3982

Cristian da Cruz Chiabotto – Psicólogo, Especialista em Saúde Mental Coletiva (Residência Integrada em Saúde ESP/RS) Mestre e Doutorando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e Professor Substituto no Departamento de Saúde Coletiva (EENFSC/UFRGS). E-mail: cristianchiabotto.cristian@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0035-1447

Cristiane Damiani Tomasi – Doutorado em Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: cdtomasi@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1813-765X

Davison Godoy Dutra – Biólogo, professor da rede estadual do RS (SeducRS) e mestrando em Saúde Coletiva pela UFRGS. FALTA EMAIL E ORCID

Debora Cristina Bertussi - Doutora em Ciências pela UFRJ Universidade Municipal São Caetano do Sul (USCS). Pesquisadora da Rede de Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. E-mail: dbertussi@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3138-7159

Delba Fonseca Santos – Doutora em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Medicina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais. E-mail: delbafonseca@ufvjm.edu.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2404-5791

Denise Viuniski da Nova Cruz – Médica (UPF), mestrado e doutorado em Educação (UNIVALI). PDSE King's College Londres. E-mail: denisenovacruz@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8957-5577

Diego A. H. Ortega dos Santos – Doutorando em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Email: diegoortega1235@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7019-2891

Douglas Francisco Kovaleski – Doutor em Saúde Coletiva, Professor do Departamento de Saúde Pública (UFSC). E-mail: douglas.kovaleski@ufsc.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8415-9614

Elbin Djedjo – Graduada em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira UNILAB. Ex-membro do Grupo de Ensino, Pesquisa para Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva-PROSSER. FALTA EMAIL E ORCID

Élida Azevedo Hennington – Doutora em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: elida.hennington@fiocruz.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5280-8827

Elisandro Rodrigues – Pedagogo. Doutor em Educação (Unisinos). Professor do Departamento de Estudos Básicos na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. E-mail: elisandro.rodrigues@ufrgs.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9146-4841

Emerson Elias Merhy – Professor aposentado Sênior da FCM da UNICAMP e Emérito da UFRJ-MACAÉ. E-mail: emerhy@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7560-6240

Erotildes Maria Leal – Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB/UFRJ); Professora Adjunta da Faculdade de Medicina/UFRJ. E-mail:

erotildesmarialeal@medicina.ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8468-4571

Fabiane Ferraz – Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: olaferraz@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3473-7372

Federica Dellafiore – Doutora. Department of Life Health Sciences and Health Professions, Link Campus University, Roma, Itália. E-mail: f.dellafiore@unilink.it; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8220-8347

Fillipe Teixeira Tinoco Rodrigues – Mestre em Atenção Psicossocial (IPUB/UFRJ); Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS/UFRJ); fillipetinoco@ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0009-0008-5712-0915

Francine de Souza Dias – Doutora em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Pesquisadora do CIDACS/FIOCRUZ/BAHIA. E-mail: ffrancinedias@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5621-1796

Gabriela Zoti Dornelles – Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: ggzoti@gmail.com

Giovanna Artioli – Doutora. Departamento de Medicina e Cirurgia, Università di Parma. Parma, Itália. E-mail: giovanna.artioli@unipr.it; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1810-0857

Gisele Cristina Manfrini – Doutora. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0445-1610

Helvo Slomp Junior – Doutor em Medicina. Professor Adjunto do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé - Pesquisador da Rede de Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. E-mail: helvosj@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5346-0965

Isabel Marco Huesca – Doutora em Saúde Pública. Instituto Nacional de Câncer. E-mail: belmhuesca@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5533-1577

Jacks Soratto – Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: jacks@unesc.net; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1339-7268

João Batista de Oliveira Junior – Doutor Saúde Coletiva (UFSC), Professor na Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: jj.educauel@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4232-8165

Johnnata Silva dos Santos – Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). E-mail: jsds.med23@uea.edu.br; ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2878-2566

José Mauricio de Oliveira – Médico, doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP), Hospital Sírio Libanês (SP). E-mail: jomauricio@uol.com.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3504-5335

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres – Professor titular, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. E-mail: jrcayres@usp.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5225-6492

Juliana Cipriano de Arma – Doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). E-mail: julianadearma@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2594-656X

Lays Fernanda Nunes Dourado – Doutora em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Medicina, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais. E-mail: laysnunes@ufvjm.edu.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5287-455X

Luana dos Santos Nascimento – Psicóloga, Especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada do Hospital Municipal Odilon Behrens/SMSA

(Faculdade Novos Horizontes). Email: luanadsn1986@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0009-7274-8433

Lupicinio Íñiguez-Rueda – Graduação em Licenciatura en Filosofia y Letras (UAB) e doutorado em Filosofia y Letras (UAB). Docente investigador (UAB). Catedrático de Psicologia Social no Departamento de Psicologia Social (UAB). E-mail: lupicinio.iniguez@uab.cat ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1936-9428

Marcelo de Abreu Maciel – Doutor em Psicologia Social pela UERJ; Professor da Universidade Federal Fluminense, Campus Rio das Ostras, Curso de Psicologia. E-mail: mdamaciel@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7241-1480

Márcia Abreu – Professora Titular do Departamento de Teoria Literária, do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: m_abreu@unicamp.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8306-9446

Márcio Fransen Pereira – Psicólogo, Especialista em Atendimento Clínico com ênfase em Psicanálise (UFRGS) e mestrado em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Psicólogo da Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo/RS, onde coordena o Ambulatório de Saúde Mental Adulto. E-mail: marciofransenpereira@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0009-7718-9247

Maria Cecília de Souza Minayo – Pesquisadora Emérita da Fundação Oswaldo Cruz e da Faperj. E-mail cecilia@claves.fiocruz.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6187-9301

Maria Marta Borba Orofino – Terapeuta Ocupacional. Doutora em Letras (UFRGS). Trabalha no Grupo Hospitalar Conceição (POA/RS). E-mail: martaorofino@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0841-7308

Martha Cristina Nunes Moreira – Doutora em Sociologia pelo IUPERJ; Professora e orientadora do corpo permanente do Programa de Pós-

graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/FIOCRUZ. E-mail: martha.moreira@fiocruz.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7199-3797

Matheus Leoni Dultra Brasil – Mestre em Saúde Coletiva (UFSC). E-mail: matheusldbrasil@gmail.com; ORCID: http://orcid.org/0000-0002-3855-9657

MônicaMachadoCunhaeMello–Doutora,UniversidadeparaoDesenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). E-mail: monicamcmello@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8034-349X

Murilo Kazuo Iwassake – Mestre, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: murilo.i.w@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1422-2141

Neide Emy Kurokawa e Silva – Professora associada, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: neks@iesc.ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1314-8851

Nuria Malajovich Munoz – Doutora em Teoria Psicanalítica pelo IP-UFRJ; Professora Associada do IPUB/UFRJ. E-mail: nuria.malajovich@ipub.ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3872-818X

Octavio Domont de Serpa Junior – Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental IPUB/UFRJ; Professor associado IPUB/UFRJ. E-mail: domserpa@ipub.ufrj.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6827-4057

Pedro Paulo Scremin Martins – Doutorando em Saúde Coletiva (UFSC), Bolsista CAPES. E-mail: ppsm29@hotmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2641-8563

Rodrigo Otávio Moretti-Pires – Doutor, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: rodrigo.moretti@ufsc.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6372-0000

Roger Flores Ceccon – Doutor e Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-Doutorado em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: roger.ceccon@ufsc.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0846-1376

Rosana Onocko-Campos – Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: rosanaoc@unicamp.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0469-5447

Stallone Pereira Abrantes – Professor Adjunto do Instituto Noroeste Fluminense de Educação Superior (INFES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Psicólogo pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Mestre e Doutor em Psicologia pela UFF. E-mail: stalloneabrantes@id.uff.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5329-9670

Stefanie Kulpa – Mestrado em Educação (UFRGS) - Hospital Alemão Oswaldo Cruz/ProadiSUS. Pesquisadora da Rede de Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. E-mail: stefanie.kulpa@gmail.com.

Stela Nazareth Meneghel – Médica sanitarista (FIOCRUZ) mestre e doutora em Medicina (UFRGS); Pós-doutorado em Psicologia Social (UAB). Professora UFRGS. E-mail: stela@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7219-7178

Stephany Yolanda Ril – Doutora em Saúde Coletiva (UFSC), Assistente Social na Prefeitura Municipal de São José/SC. E-mail: stephanyril.ss@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1417-2244

Túlio Batista Franco – Professor Titular na Universidade Federal Fluminense. E-mail: tuliofranco@id.uff.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7372-5262

Virgínia de Menezes Portes – Doutora em Saúde Coletiva (UFSC). E-mail: virginiaportes@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6604-1962

Vitor Igor Fernandes Ramos – Farmacêutico, Mestre em Psicologia Social (PPGP/UFPA). E-mail: vitordejun@hotmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003 3544-1351

Yasmim Fabris Colonetti – Bacharel em Enfermagem, Curso de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: yasmimfcolonetti@hotmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8103-9340

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-5462-291-2