

Raimunda Magalhães da Silva  
Indara Cavalcante Bezerra  
Christina César Praça Brasil  
Escolástica Rejane Ferreira Moura

**Organizadoras**

# ESTUDOS QUALITATIVOS: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações



**ESTUDOS QUALITATIVOS:** Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações situa o leitor ante a complexidade metodológica com abordagem qualitativa. A coletânea está dividida em duas partes, as quais privilegiam técnicas de coleta e análise de informações e divulgam resultados de pesquisas realizadas por pesquisadores, profissionais de serviços de saúde, professores e alunos de graduação e pós-graduação de universidades do Brasil e do Exterior. Os temas do estudo poderão ser amplamente discutidos e aplicados nas pós-graduações e no desenvolvimento de abordagens teórico-metodológicas.

**RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA** Enfermeira. Doutora e mestra em Enfermagem; pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora titular na Universidade de Fortaleza. Coordenadora do grupo de extensão em saúde da mulher e adolescente. Bolsista de produtividade em pesquisa 1C/CNPq. Líder de grupo de pesquisa no diretório do CNPq “Políticas e práticas na promoção da saúde da mulher”.

**INDARA CAVALCANTE BEZERRA.** Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva pelo



Raimunda Magalhães da Silva  
Indara Cavalcante Bezerra  
Christina César Praça Brasil  
Escolástica Rejane Ferreira Moura

**Organizadoras**

# ESTUDOS QUALITATIVOS:

## Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações



**Sobral**  
**2018**

## ESTUDOS QUALITATIVOS: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações

© 2018 *Copyright* by Raimunda Magalhães da Silva, Indara Cavalcante Bezerra, Christina César Praça Brasil, Escolástica Rejane Ferreira Moura

Impresso no Brasil/Printed in Brasil

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE

CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613

### Filiada à



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

### Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

### Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

### Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

### Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)  
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo  
Ana Iris Tomás Vasconcelos  
Carlos Augusto Pereira dos Santos  
Claudia Goulart de Abreu  
Eneas Rei Leite  
Francisco Helder Almeida Rodrigues  
Israel Rocha Brandão  
Maria Adelane Monteiro da Silva  
Maria Amélia Carneiro Bezerra  
Maria José Araújo Souza  
Maria Somália Sales Viana  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Raquel Oliveira dos Santos Fontinele  
Simone Ferreira Diniz  
Renata Albuquerque Lima  
Tito Barros Leal de Ponte Medeiros  
Virginia Célia Cavalcanti de Holanda

### Catálogo

Neto Ramos CRB 3/1374


### Revisão de texto

Vianney Mesquita (registro profissional nº 004989JP)

### Editoração e Designer

SERTÃO CULT

Telefone: (88) 3614.8748

Celular (88)  9 9784.2222 / 9 9846.8222  
mammarco@gmail.com / sertaoocult@gmail.com

**S119** Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações / Raimunda Magalhães da Silva et al. (Orgs.). - Sobral: Edições UVA, 2018. 305 p.

ISBN: 978-85-9539-015-7 - Papel

ISBN: 978-85-9539-016-4 - E-book

1. Metodologia. 2. Coleta de dados. 3. Estudos qualitativos. I. Silva, Raimunda Magalhães da. II. Bezerra, Indara Cavalcante. III. Brasil, Christina César Praça. IV. Moura, Escolástica Rejane Ferreira. V. Título.

CDD 001.42

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às instituições que colaboraram expressivamente na elaboração deste livro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Aos pesquisadores que se empenharam em compartilhar seus conhecimentos e pesquisas.

Aos participantes e familiares que contribuíram para a realização das pesquisas empíricas deste livro.

Somos gratas, também, a todos os que contribuíram de modo singular para efetuar esta produção, que tem o objetivo de colaborar para o ensino, assistência e pesquisa nesta temática.

Dedicamos esta obra aos leitores, profissionais, professores e estudantes que demandam seu tempo para promover ações necessárias ao bem-estar e à qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e seus familiares.



## AUTORES / COLABORADORES

**ALÍCIA NAVARRO DE SOUZA.** Médica. Doutora em Ciências da Saúde (Psiquiatria) – IPUB/UFRJ. Professora Associada da Faculdade de Medicina – UFRJ.

**ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE.** Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela AAA UECE/UFC/UNIFOR. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

**ALMUDENA GARCÍA MANSO.** Doutora em Sociologia pela Universidade Pontifícia de Salamanca (2004). Universidad Rey Juan Carlos.

**ANA CÉLIA SOUSA CAVALCANTE.** Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora efetiva da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e docente e coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Integral Diferencial (FACID/DEVRY). Membro do Corpotrans - Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**ANA LUÍZA WUO MAIA.** Fonoaudióloga. Doutoranda do programa Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, pela Universidade Estadual de Campinas (2017). Especialista em Fonoaudiologia na Área da Surdez (2010), pelo Programa de Aprimoramento para profissionais de nível superior da FCM/UNICAMP.

**ANA MARIA FONTENELLE CATRIB.** Pedagoga, Doutora em Saúde Coletiva. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

**ANDRÉA CAVALCANTE DOS SANTOS.** Fonoaudióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2016). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

**ANNA KARYNNE MELO.** Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

**BENJAMIN LOPES DA SILVA NETO.** Educador físico. Especialização em Educação Física em anadamento na Universidade Estadual do Ceará.

**CARLOS ANTÔNIO BRUNO DA SILVA.** Médico. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2000). Mestre em Medicina Clínica Médica pela Universidade Federal do Ceará (1997). Professor titular da Universidade de Fortaleza.

**CIDIANNA EMANUELLY MELO DO NASCIMENTO.** Enfermeira. Mestra em Antropologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora Pesquisadora da Rede E-Tec do Instituto Federal do Piauí (IFPI). Docente dos cursos de Enfermagem e Serviço Social da Faculdade Maurício de Nassau. Docente do Programa da Terceira Idade em Ação da Universidade Federal do Piauí. Membro do Corpotrans - Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**CLEONEIDE PAULO OLIVEIRA PINHEIRO.** Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio -Fortaleza, Ceará.

**DANIELLA BARBOSA CAMPOS.** Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará.

**DAYSE CRISTINE DANTAS BRITO NERI DE SOUZA.** Socióloga. PhD em Ciências da Educação/UA. Pesquisadora do Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. Autora do *software* IARS (Isabel Alarcão Research Software). Formadora do curso sobre o uso do *software* webQDA.

**DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS.** Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará.

**ELLEN SYNTHIA FERNANDES DE OLIVEIRA.** Biomédica. PhD em Educação pela Escola Superior de Saúde e Departamento de Educação da Universidade de Aveiro-Portugal. Doutora em Patologia Molecular e Saúde/UNB. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas e Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**FRANCISCA ALANNY ROCHA AGUIAR.** Enfermeira. Discente do curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Docente do Instituto Superior de Teologia Aplicada (Sobral-Ce).

**FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA.** Enfermeira. Discente do curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza.



**FRANCISCA REGINA AMORIM FRANCO.** Psicóloga Clínica. Especialista em Saúde Mental e Saúde Pública. Membro do Corpotrans - Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**FRANCISCA VERÔNICA CAVALCANTE.** Antropóloga. Mestre e doutora em Ciências Sociais, com ênfase em Antropologia, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora e pesquisadora do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Coordenadora do Corpotrans - Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**FRANCISCO RICARDO MIRANDA.** Pedagogo. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Pedagogia do Instituto Superior de Teologia Aplicada (Sobral-Ce).

**GEYSA MARIA NOGUEIRA FARIAS.** Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Coordenadora do Curso de graduação em Enfermagem da UNIFOR.

**HALINE SOUZA ANTUNES.** Cirurgiã-dentista da Unidade de Saúde da Família Alto da Cachoeirinha em Salvador-BA. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS.

**HERLA MARIA FURTADO JORGE.** Enfermeira. Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Fortaleza.

**ILANA FARIAS ANDRADE DE MOURA.** Graduanda em Enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza-Ceará-Brasil, membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Acolhimento e Redução de Danos (NIAD).

**ISABELLA LIMA BARBOSA.** Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Unichristus, Centro Universitário Estácio do Ceará e Faculdade do Nordeste.

**JAMINE BORGES DE MORAIS.** Enfermeira do Instituto Federal do Ceará, *Campus* Ubajara. Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE. Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

**JHENNIFER DE SOUZA GÓIS.** Assistente Social. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Família, Práticas de Saúde Mental e Enfermagem (GRUPSFE) da UECE.

**JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS.** Médico e sociólogo. Docente da CINTESIS - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e professor visitante da UNIFOR – Universidade de Fortaleza.

**JULIANA BRAGA DE PAULA.** Doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública da USP.

**JULIANA DA FONSECA BEZERRA.** Enfermeira Obstetra. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutoranda pela Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Contratada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

**JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO.** Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas – São Paulo, Brasil.

**JULY GRASSIELY DE OLIVEIRA BRANCO.** Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**KERMA MÁRCIA DE FREITAS.** Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Coordenadora do Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado (Icó-Ce).

**LAVOISIER LEITE NETO.** Fonoaudiólogo. Doutorando pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Integrante do grupo de pesquisa Família, Saúde e Deficiência da UNICAMP.

**LEILSON LIRA DE LIMA.** Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) e da Faculdade Maurício de Nassau e Professor Substituto do Curso de Graduação em Medicina da UECE. Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Drogas, Acolhimento e Redução de Danos (NIAD).

**LÍGIA MOREIRA ALMEIDA.** Psicóloga Clínica e da Saúde colegiada da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Doutora em Saúde Pública pelo ISPUP. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**LUCIANA PAIVA FARIAS.** Fonoaudióloga do Hospital Sírio Libanês - SP. Docente do Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Mestre em Ciências, na área de Fisiopatologia Experimental, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003). Especialista em Fonoaudiologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

(2000). Especialista em Linguagem pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2013).

**LUIZA JANE EYRE DE SOUZA VIEIRA.** Enfermeira. Mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Estágio Pós-doutoral em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

**MARCIA FARIA WESTPHAL.** Professora titular Sênior da Faculdade de Saúde Pública da USP. Orientadora do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade. Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde.

**MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS.** Enfermeira. Professora Substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da UECE. Doutora em Saúde Coletiva AMPLA ASSOCIAÇÃO – UECE/UFC/UNIFOR. Mestra em Saúde Pública (PPSAC/UECE).

**MARIA ALIX LEITE ARAÚJO.** Enfermeira. Professora titular da graduação em Enfermagem e pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

**MARIA ALVES BARBOSA** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem/USP. Professora Titular do curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Coordenadora do Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida (NEPAQ).

**MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO.** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Plena do Departamento de Saúde da UEFS. Pesquisadora/ Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

**MARIA GORETTI QUEIROZ.** Odontóloga. Doutora em Educação/UFG. Professora adjunta IV do curso de Odontologia e Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Preside o Núcleo Docente Estruturante do Curso de Odontologia (UFG).

**MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA** .Doutora em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Membro do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem da UECE.

**MARIA SALETE BESSA JORGE** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (USP). Docente/Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSFE).

**MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA.** Enfermeira. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR (2012). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará – UECE (2009).

**MARÍLIA SANTOS RUA.** Enfermeira. PhD em Ciências da Saúde. Presidente-adjunta da Comissão Permanente para os Assuntos Correntes, do Conselho Pedagógico da Universidade de Aveiro (UA), Portugal. Diretora do Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar. Membro Comissão Executiva da ESSUA, Coordenadora do gabinete da Educação e Qualidade. Membro integrado centro de investigação CIDTFF, UA. Presidente do Programa de Enfermagem do Grupo Tordesillas. Membro da rede Florence Network (representação Universidade de Aveiro). Membro da International Family Nursing Association

**MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA.** Enfermeiro. Professor Assistente da Universidade do Vale do São Francisco (Univasf). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisador do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

**MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS.** Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escuela Andaluza de Salud Publica, em Granada-Espanha. Professora Titular aposentada. Atualmente atua no Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Acadêmico e Profissional) e de Enfermagem (Profissional) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora/Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

**MAXMIRIA HOLANDA BATISTA.** Psicóloga, mestra; doutoranda em Saúde coletiva. Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza.

**MILENA LIMA DE PAULA.** Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza (2016). Pós-doutoranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE (2013).

**MIRNA FROTA ALBUQUERQUE.** Enfermeira. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutora em Pédo-psychiatrie pela Universidade de Rouen - França. Pós-doutora em Saúde Cole-

tiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da UNIFOR. Líder do Grupo de Pesquisa - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança (NUPESC).

**MONNEGLESIA SANTANA LOPES.** Enfermeira. Professora Auxiliar de Ensino da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Mestra em Saúde Coletiva pela UEFS.

**MYRELLA SILVEIRA MACEDO CANÇADO.** Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva/UFG. Servidora Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

**PAULA CAROLINE RODRIGUES DE CASTRO.** Enfermeira. Bolsista de pesquisa da FUNCAP.

**RAQUEL SANTOS MONTE QUEIROZ.** Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

**REBEKA RAFAELLA SARAIVA CARVALHO.** Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE.

**REGINA YU SHON CHUN.** Fonoaudióloga. Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, do Programa de Pós-Graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Pós-Doutora em Linguística pelo Instituto de Estudos da Linguagem da UNICAMP (2007). Supervisora do Programa de Aprimoramento de Fonoaudiologia em Neurologia da UNICAMP (São Paulo).

**ROSALICE ARAÚJO DE SOUSA ALBUQUERQUE.** Enfermeira. Discente do curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Docente do Instituto Superior de Teologia Aplicada, Sobral-Ce.

**ROSÂNGELA MARIA SILVA.** Enfermeira. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/UFG. Servidora Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Enfermeira do Hospital Materno Infantil/GO.

**SELENA MESQUITA DE OLIVEIRA TEIXEIRA.** Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Mestra em Psicologia pela Universidade de For-

taleza. Bolsista pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Fortaleza-Ce). Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Processos de Exclusão. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Integral Diferencial (Facid/Devry). Membro do Corpotrans- Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**SIMONE SANTANA DA SILVA.** Enfermeira. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela USP, Ribeirão Preto. Mestra em Enfermagem pela UEFS.

**TEREZA GLÁUCIA ROCHA MATOS.** Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade de Barcelona, Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza

**VALETÍN GAVIDIA CATALÁN.** Biólogo. Professor Catedrático do Departamento de Didática das Ciências Experimentais y Sociais da Universidade de Valencia-Espanha.

**VALQUÍRIA PEREIRA DA CUNHA.** Professora do curso de psicologia e medicina da UESPI. Preceptora da Residência Multiprofissional em UTI. Psicóloga Clínica. Membro do Corpotrans - Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções.

**VERA LÚCIA GARCIA.** Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – campo fonoaudiológico – UNIFESP. Docente VLFG Formação Profissional.

**VIVIANE FAZZIO Zaqueu.** Fonoaudióloga. Mestranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação - Universidade Estadual de Campinas - São Paulo.

**WALDEMIR DE ALBUQUERQUE COSTA.** Médico da Estratégia Saúde da Família e Preceptor das Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional de Saúde da Família (Fiocruz/FESF) em Camaçari-BA. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS.

## A MODO DE PREFÁCIO

*Ó saúde, saúde! Bênção dos ricos! Riqueza dos pobres! Quem pode comprar-te por preço demasiadamente caro, se sem ti não há prazer neste mundo?  
(Benjamin Jonson, dramaturgo inglês).*

Depreendemos ser de domínio do saber geral, porém não é nocivo lembrar, o fato de que, antes de instituído o SUS no Brasil, pela Lei número 8080, de 19 de setembro de 1990, o cuidado público em relação à saúde no País era atrasado, inteiramente obsoleto e quase exclusivamente empresarial.

Conforme a letra rica da História, excetuam-se, por exemplo, os atendimentos procedidos pelas Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, quase sempre vinculadas a confissões religiosas, ao modo como se verificou com a saúde pública desde os começos da civilização em todo o Mundo, especialmente para as pessoas desprotegidas de recursos financeiros, mulheres, crianças, portadores de doenças mentais e outros pouco ou não favorecidos pela sorte.

De tal maneira, no Brasil, a “atenção à saúde” era, por assim dizer, inexistente, e só funcionava para aquelas pessoas com relação de emprego e carteira de trabalho assinada. Os hospitais, na sua maioria, eram particulares e mantinham vínculo comercial com o Poder Público, provavelmente, em pactos vantajosos para os primeiros, por intermédio dos então institutos de aposentadoria e pensão, muito depois substituídos pelo INSS – Instituto Nacional do Seguro Social, instituído somente após a Nova Constituição, em 27 de junho de 1990, o qual tomara, bem antes, outros nomes e atribuições.

Sucedeu que, afortunadamente – embora em ocorrência bem tardia – foi promulgada a Constituição de 1988, marcante evento histórico a situar nossa Nação na lista de Estados democráticos e em desenvolvimento, modificando diametralmente, e para melhor, o *status quo* do País no concerto internacional e, muito particularmente, no âmbito dos seus limites internos, fato representativo da inauguração da segunda fase da nossa história, assinalada, pois, pela Carta Magna, há 29 anos em vigor.

De tal sorte, como saudável consequência deste sucesso sem igual para o enredo autêntico do Brasil, aconteceu, também, a criação do Sistema Único de

Saúde – SUS, o qual, diferentemente das circunstâncias mencionadas há pouco, na conjunção das quatro unidades federadas – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – trabalha a atenção global, universalizando-a desde o atendimento ambulatorial ao transplante de órgãos. O SUS opera obediente às diretrizes do Art. 198-CF, conformado a ampla legislação complementar e a inúmeros outros instrumentos normativos e – não demora lembrar – sob a medida das ideias de **descentralização, atendimento integral e participação comunitária**.

No mesmo rastro do atraso secular há instantes manifesto, evidentemente, inexistiam estudos mais espessos em configuração e teor, em especial, como os experimentos defendidos neste livro. Tal sucedia porque as universidades e institutos de estudos formais e investigação científica no plano da Saúde, pelo fato de pesquisarem muito pouco (expressamo-nos em termos de Brasil), não se atinham à necessidade de investigar, por exemplo, assuntos como os que configuram a coletânea de que ora cuidamos.

Realmente, em sua maior parte, os motivos demandados eram matérias substantivas das Ciências da Saúde, como, no terreno da Patologia, o estudo das doenças no contexto dos vários sub-ramos e ofícios funcionais dessa conjunção de conhecimentos ordenados, relações dos profissionais com pacientes e tantos outros temas desse repertório, estudados com maior profundez desde Hipócrates e Paracelso, sem pesquisar, certamente por descabido, a respeito de temáticas vinculadas à apropriação de métodos e técnicas de busca sob os pressupostos da Metodologia Científica, conforme os capítulos enfeixados nesta publicação, estudos absolutamente necessários na textura atual de pesquisa.

No decurso desse tempo, principalmente após a comentada instituição do SUS, consequência direta da Constituição Cidadã, cresceu em proporções a produção de trabalhos acadêmicos no recinto das diversificadas taxionomias das Ciências da Saúde, considerando-se as ligações estreitas com outros ramos do disciplinamento científico, conforme acontece de ser com os estudos qualitativos, envolvendo teorias e meios de coletar informações para servir à causa adjetiva da percepção e propagação, por via do trabalho intelectual, de descobertas resultantes das investigações.

Muito nos contenta, pois, vir a público para certificar a qualidade e já atestar a certeza do alcance editorial de uma obra da dimensão desta, que o público especializado brasileiro, leitor e produtor na seara de estudos em Ciências da Saúde, tem a oportunidade de deparar e, após seu exame, contribuir com os acrescentamentos naturais em pesquisas que houver por bem realizar, em favor da evolução dos pensamentos aqui esboçados.

Decerto, pelo que este livro traz no concernente a entendimentos novos e bem meditados no que respeita ao *modus operandi* de produzir conhecimen-



to no terreno da progressiva criação do saber ligado à Saúde no Brasil, vai o leitor-estudioso incorporar às suas produções os conceitos recém-alcançados e aqui reunidos, fazendo aportar ao repertório científico da área as compreensões mais recentes, transitadas pelo crivo da Metodologia própria deste largo ramo da literatura ordenada e atestadas pela exigente autoridade da Epistemologia.

*Estudos Qualitativos - Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações* - é um conjunto de dezoito capítulos abrigando ensaios de elevado valor informacional, da lavra de nada menos do que 61 autores nacionais e do Exterior (Espanha e Portugal), em sua maioria, vinculados ao ofício acadêmico, particularmente da seara do magistério superior e em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Todos os textos provêm de análises procedidas na contextura de instituições universitárias em programas de pós-láurea, também de estreito sentido, de modo a nos alimentar a convicção de que esta seleta experimentará excelente recepção por parte dos consulentes afins ao seu sortimento em todos os quadrantes por onde circular.

*As Organizadoras.*



# SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS. REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA NA SAÚDE</b> <i>Christina Cesar Praça Brasil / José Manuel Peixoto Caldas / Raimunda Magalhães da Silva / Indara Cavalcante Bezerra.....</i>	21
--	----

---

## **PARTE I – ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS NA PESQUISA QUALITATIVA**

---

<b>CAPÍTULO 1. DESAFIOS METODOLÓGICOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA: DIVERSIDADE DE CENÁRIOS, PARTICIPANTES, ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS</b> <i>Marluce Maria Araújo Assis / Maria Angela Alves do Nascimento / Márilon Vinícius Gama Almeida / Simone Santana da Silva / Haline Souza Antunes / Monneglesia Santana Lopes / Waldemir de Albuquerque Costa.....</i>	29
--	----

---

<b>CAPÍTULO 2. DO TRIÂNGULO AO MOSAICO: A COLETA DE DADOS EM PESQUISA SOBRE O CICLO DO “PROGRAMA MAIS MÉDICOS” E A COOPERAÇÃO BRASIL-CUBA</b> <i>Juliana Braga de Paula / Marcia Faria Westphal.....</i>	49
---	----

---

<b>CAPÍTULO 3. ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE O MANEJO DA CRISE SUICIDA EM IDOSOS</b> <i>Selena Mesquita de Oliveira Teixeira / Francisca Verônica Cavalcante / Ana Célia Sousa Cavalcante / Cidianna Emanuelly Melo do Nascimento / Francisca Regina Amorim Franco / Valquíria Pereira da Cunha.....</i>	67
--	----

---

<b>CAPÍTULO 4. COMUNICAÇÃO VULNERÁVEL EM CASOS DE ALTA COMPLEXIDADE: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO E PESQUISA FONOAUDIOLÓGICA EM HOSPITAL-ESCOLA</b> <i>Regina Yu Shon Chun / Lavoisier Leite Neto / Viviane Fazzio Zaqueu / Ana Luíza Wuo Maia / Luciana Paiva Farias.....</i>	81
--	----

---

<b>CAPÍTULO 5. SER MULHER, MÃE E IMIGRANTE: DIÁSPORA E INTEGRAÇÃO DA MULHER SÃO-TOMENSE EM PORTUGAL</b> <i>Lígia Moreira Almeida / José Manuel Peixoto Caldas.....</i>	97
---	----

---

<b>CAPÍTULO 6. MAPAS AFETIVOS COMO RECURSO PARA EXPLICITAÇÃO DE SIGNIFICADOS SOBRE A SAÚDE DO PROFESSOR</b> <i>Maxmiria Holanda Batista / Valetín Gavidia Catalán / Ana Maria Fontenelle Catrib / Tereza Gláucia Rocha Matos / Anna Karynne Melo.....</i>	117
--	-----

---

**CAPÍTULO 7. SITUACIÓN DE LAS INMIGRANTES EN LA CIUDAD DE MADRID**

*Almudena García Manso / José Manuel Peixoto Caldas / Ana Maria Fontenelle Catrib / Raimunda Magalhães da Silva.....* 133

**CAPÍTULO 8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÕES NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA PROFISSIONAL**

*Myrella Silveira Macedo Cançado / Maria Alves Barbosa / Ellen Synthia Fernandes de Oliveira / Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza / Marília Santos Rua.....* 151

**CAPÍTULO 9. OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

*Rosângela Maria Silva / Myrella Silveira Macedo Cançado / Ellen Synthia Fernandes de Oliveira / Maria Alves Barbosa / Maria Goretti Queiroz / Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza.....* 167

**CAPÍTULO 10. A PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACERCA DO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINAS, SÃO PAULO**

*Juliana da Fonseca Bezerra / Juliana Luporini do Nascimento.....* 181

**PARTE II – APLICABILIDADE DE TÉCNICAS EM ESTUDOS QUALITATIVOS****CAPÍTULO 11. A NARRATIVA E A PESQUISA QUALITATIVA**

*Vera Lúcia Garcia / Alicia Navarro de Souza.....* 199

**CAPÍTULO 12. NARRATIVA COMO TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES NA PESQUISA QUALITATIVA**

*Dayse Paixão e Vasconcelos / Marilene Alves Oliveira Guanabara / Raimunda Magalhães da Silva / Maria Alix Leite Araújo / Herla Maria Furta-do Jorge.....* 211

**CAPÍTULO 13. DA TEORIA À PRÁTICA: A UTILIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL PARA O ENSINO E A PESQUISA**

*Christina Cesar Praça Brasil / Raimunda Magalhães da Silva / Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro / Aline Veras Moraes Brilhante.....* 223

**CAPÍTULO 14. HISTÓRIA ORAL NA PESQUISA QUALITATIVA**

*July Grassiely de Oliveira Branco / Geysa Maria Nogueira Farias / Aline Veras Moraes Brilhante / Luiza Jane Eyre de Souza Vieira / Kerma Márcia de Freitas / Escolástica Rejane Ferreira Moura.....* 243

---

**CAPÍTULO 15. OBSERVAÇÃO APLICADA À PESQUISA QUALITATIVA**

*Raquel Santos Monte Queiroz / Andréa Cavalcante dos Santos / Mirna Frola Albuquerque / Carlos Antônio Bruno da Silva / Escolástica Rejane Ferreira Moura.....* 257

---

**CAPÍTULO 16. TÉCNICA DE ENTREVISTA NA PESQUISA QUALITATIVA**

*Francisca Alanny Rocha Aguiar / Escolástica Rejane Ferreira Moura / Francisca Bertília Chaves Costa / Francisco Ricardo Miranda / Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque / Raimunda Magalhães da Silva / Ana Maria Fontenelle Catrib.....* 269

---

**CAPÍTULO 17. AVALIAÇÃO CONSTRUTIVISTA NA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

*Indara Cavalcante Bezerra / Maria Salete Bessa Jorge / Jamine Borges de Moraes / Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho / Leilson Lira de Lima / Milena Lima de Paula....* 279

---

**CAPÍTULO 18. CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA HERMENÊUTICA FENOMENOLÓGICA DE PAUL RICOUER**

*Daniella Barbosa Campos / Isabella Lima Barbosa / Indara Cavalcante Bezerra / Benjamin Lopes da Silva Neto / Paula Caroline Rodrigues de Castro / Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.....* 287

---

**CAPÍTULO 19. ANÁLISE HERMÊUTICA FENOMENOLÓGICA DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E EM USO E CONSUMO DE CRACK**

*Leilson Lira de Lima / Ilana Farias Andrade de Moura / Maria Rocineide Ferreira da Silva / Indara Cavalcante Bezerra / Jhennifer de Souza Góis... 293*

---



# CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

## REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA NA SAÚDE

*Christina Cesar Praça Brasil / José Manuel Peixoto Caldas /  
Raimunda Magalhães da Silva / Indara Cavalcante Bezerra*

*Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora (MINAYO, 2012, p. 622).*

A abordagem qualitativa de pesquisa tem raízes no final do século XIX. Foi na área das Ciências Sociais que primeiro se questionou a adequação do modelo vigente de ciência aos propósitos de estudar o ser humano, sua cultura e vida social.

A pesquisa qualitativa é, pois, marcada em sua história por uma forte raiz nas Ciências Sociais e Humanas, especialmente por Sociologia e Antropologia. Ao longo dos anos, sua elevada capacidade de agregar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados que, muitas vezes, os números e os testes estatísticos não alcançam, fez com que esta modalidade de investigação fosse contemplada na área da saúde em geral e da saúde coletiva em particular. Nesse âmbito, possibilitou aos pesquisadores uma compreensão mais ampla e complexa sobre a dia-de saúde-doença, extrapolando diagnósticos e testes laboratoriais e captando a profundidade dos sentidos daqueles que cuidam e são cuidados. Na metodologia qualitativa, os elementos em estudo são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem.

Para tanto, deve-se considerar a singularidade da pessoa, porque sua subjetividade é uma manifestação da plenitude de sua vida. A experiência e a vivência ocorrem no terreno da coletividade e se contextualizam pela cultura do grupo social em que ela se insere (MINAYO, 2011; 2012).

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014).

Robert K. Yin (2016, p.7) relaciona cinco características da pesquisa qualitativa: 1. Estudar o significado das condições de vida real das pessoas; 2. Representar a opinião das pessoas ante um estudo; 3. Abranger o contexto social, cultural, econômico, relacional etc que as pessoas vivem; 4. Contribuir com revelações sobre conceitos que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; 5. O esforço em utilizar múltiplas fontes de evidência.

Assim, a pesquisa qualitativa inicia de objetivos exploratórios mais amplos que fornecem foco para o estudo, o qual se relaciona diretamente ao tempo e ao contexto histórico (DENZIN; LINCOLN, 2006). Para isso, desenvolve-se um fluxo circular, que permite idas e vindas, entre as suas etapas: ideia, definição do problema, imersão no campo, definição do desenho de estudo, definição da amostra e acesso do pesquisador ao grupo, coleta de dados, análise, interpretação e elaboração do relatório final.

A relevância de cada uma dessas etapas consiste no fato de que o desenvolvimento da pesquisa qualitativa é norteador pelo processo interpretativo, sendo este o seu coração. O objeto de estudo, entretanto, os pressupostos, as questões de pesquisa e o referencial teórico-metodológico funcionam como bússola nos momentos de análise e interpretação dos dados, uma vez que guiam o olhar do pesquisador, orientando-o no vasto universo onde a interpretação orbita.

Nesse âmbito, o referencial teórico-metodológico merece destaque, pois a corrente de pensamento e as teorias que embasam a pesquisa são referenciais estratégicos para que o investigador possa transitar entre os dados coletados, as evidências, as suas reflexões e interpretações e as teorias que explicam ou contestam o que se observa.

É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa, nessa não linearidade, possibilita que o investigador faça uma imersão na realidade (ambiente natural) e produza sobre este uma perspectiva interpretativa. Ademais, seu caráter exploratório e indutivo inclui aspectos subjetivos, atingindo motivações não explícitas e levando em consideração valores, crenças, ética e cultura.

Dois outros pontos que caracterizam os estudos qualitativos configuram a abertura e a flexibilidade que devem ter os desenhos de pesquisa, os quais constituem as modalidades de abordar o fenômeno, sendo o plano de ação ou a estratégia que se desenvolve para a obtenção dos dados almejados. Então, com-



preende-se que cada estudo qualitativo é, por si, um esboço de pesquisa, devendo este último ser definido após a formulação precisa do problema; a definição do objetivo, da viabilidade e do alcance do estudo; e da elaboração dos pressupostos (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

Assim, uma das vantagens da pesquisa qualitativa está em ser especialmente eficaz no estudo de nuances sutis da vida humana e na análise dos processos sociais ao longo do tempo. A principal vantagem deste método está na oportunidade de explorar pressupostos que interferem na nossa compreensão do mundo social. A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou sem respostas apropriadas. Uma vez que a pesquisa qualitativa simultaneamente coleta, analisa e reformula perguntas, ela é particularmente apropriada para novos tópicos e temas (KERR; KENDALL, 2013).

O desenho de pesquisa, entre outros aspectos, direciona as seguintes ações: imersão inicial e profunda no ambiente, a permanência no campo e a coleta e a análise de dados. Esse procedimento ampara o pesquisador na seleção da amostra e na confecção dos instrumentos a serem aplicados para o registro dos dados a coletar.

Assim, a abrangência da pesquisa qualitativa requer muitas possibilidades estratégicas para a sua operacionalização, o que fez nascer uma multiplicidade de desenhos adotados nas pesquisas da saúde, quais sejam: Teoria Fundamentada (Grounded Theory), Estudos Etnográficos, Estudos Narrativos, pesquisa-ação, estudos Fenomenológicos, Estudos de caso (WILLIAMS; GRINNELL; UNRAU, 2005), Interacionismo simbólico (BLUMER, 1967), Hermenêutica-dialética e Representações Sociais. Sem perder de vista a possibilidade criativa do pesquisador ou mesmo a sua necessidade de adequação ao panorama de pesquisa, outros tipos podem surgir com base em adaptações dos já validados ou das associações entre eles. A quadro 1 exhibe algumas dessas variedades da pesquisa qualitativa.

Ante tantas perspectivas, muitos pesquisadores se debruçam em estudos e tecem profundas discussões sobre a sua profundidade e a validade científicas da pesquisa qualitativa. Este conflito se dá porque esta é considerada subjetiva, porém, para alguns pesquisadores, não é científica por não operar com dados matemáticos. Esse tabu, entretanto, é superado quando a comunidade científica compreende que os dados interpretativos trazem o estudo da experiência humana, entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos.

Assim, é essencial conferir rigor científico e confiabilidade a todos os tipos de pesquisa, sejam eles quantitativos ou qualitativos. Para isso, alguns aspectos devem ser considerados: a atitude do pesquisador, as estratégias de coleta de

dados, o papel do sujeito na pesquisa, a possibilidade de triangulação na hora da coleta e/ou da análise de dados, além dos referenciais interpretativos adotados.

**Quadro 1** -Variações ilustrativas em pesquisa qualitativa

<b>Variação ilustrativa</b>	<b>Trabalhos relevantes</b>	<b>Descrição breve</b>
Pesquisa-ação	Lewin (1946); Small (1995); Greenwood & Levin (1998); Reason & Riley (2009)	Enfatiza a adoção de um papel ativo por parte do pesquisador ou uma colaboração ativa com os participantes do estudo.
Estudo de caso	Platt (1992); Yin (2009); Yin (no prelo)	Estuda um fenômeno (o "caso") em seu contexto real.
Etnografia	Powdermaker (1966); Geertz (1973); Wolcott (1999); Anderson-Levitt (2006)	Envolve um estudo de campo suficientemente extenso para revelar normas, rituais e rotinas cotidianas em profundidade.
Etnometodologia	Garfinkel (1967); Cicourel (1971); Holstein & Gubrium (2005)	Procura compreender como as pessoas aprendem e conhecem os rituais, maneirismos e símbolos sociais em sua vida e cultura cotidiana.
Pesquisa feminista	Fine (1992); Olesen (2005); Hesse-Biber & Leavy (2007)	Abarca a perspectiva de que relações metodológicas e outras incrustam relações de poder com frequência ignoradas que podem afetar os resultados de pesquisa.
Teoria fundamentada	Glaser & Strauss (1967); Charmaz (2005); Corbin & Strauss (2007)	Presume que a ocorrência natural do comportamento social em contextos da vida real é mais bem analisada derivando-se categorias e conceitos fundamentados "de baixo para cima".
História de vida	Lewis (1961, 1965); Langness (1965); Bertaux (1981)	Coleta e narra a história de vida de uma pessoa, capturando seus pontos de virada e temas importantes.
Investigação narrativa	Riessman (1993, 2008); Chase (2005); Connelly & Clandinin (2006); Murray (2009)	Constrói uma representação narrativa dos resultados obtidos em um ambiente real e dos participantes, para acentuar a sensação de "estar lá".
Estudo de observador-participante	Becker (1958); Spradley (1980); Tedlock (1991)	Conduz pesquisa de campo em que o pesquisador se coloca no ambiente real que está sendo estudado.
Estudo fenomenológico	Husserl (1970); Schutz (1970); Van Manen (1990); Moustakas (1994); Giorgi & Giorgi (2009)	Estuda eventos humanos enquanto são imediatamente vivenciados em ambientes reais, evitando categorias e conceitos prévios que poderiam distorcer a base experiencial para compreender os eventos.

Fonte: YIN (2016, p. 15).

Para melhor compreensão da pesquisa qualitativa, são deixadas aqui algumas das suas características por comparação com a metodologia quantitativa.

**Quadro 2 - Comparabilidade dos Métodos Quanti x Quali**

Fator de Comparabilidade	Quantitativo	Qualitativo
Corrente	Positivismo	Fenomenologia
Objetivo Científico	Busca explicar o comportamento das coisas	Busca a compreensão da dinâmica do ser humano
Lógica do método	Dedutivo	Indutivo
Temas	Ocorrências gerais	Casos específicos
Perfil da amostra	Maior número de sujeitos que representem a população	Menor número de sujeitos com características de certa subpopulação
Amostragem	Randomizada. Indivíduos selecionados ao acaso.	Intencional. Busca pelos indivíduos que vivenciam o problema em questão
Projeto de pesquisa	Recursos e procedimentos preestabelecidos	Recursos e procedimentos ajustáveis e flexíveis
Estudo das variáveis	Controle de variáveis	Variáveis livres
Apresentação dos resultados	Em linguagem matemática	Apresentação das observações do campo e citações literais
Comparação com literatura	Confronta os resultados com outras pesquisas	Confronta os novos conceitos com os construídos em outras pesquisas
Conclusões sobre hipóteses	Confirma ou refuta as hipóteses preestabelecidas	Hipóteses iniciais e posteriores revistas. Construção de conceitos.

Fonte: Adaptado de Turato (2005).

Nesse vasto espaço que alberga a pesquisa qualitativa, no exercício interpretativo que a caracteriza, o pesquisador não deve se preocupar em apenas escolher entre um método ou outro, mas em utilizar a(s) abordagem(ns) que o faça(m) alcançar seu(s) objetivo(s), com criatividade, responsabilidade e rigor científico. Afinal, a pesquisa qualitativa demonstra, ao longo dos anos, as suas inquestionáveis contribuições e dá asas àqueles que ensinam, aprendem, criam e recriam histórias e ciências.

## Referências

KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Rene*, v 14, n 6, p 1061-1063, 2013.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec, 2014. 393p.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, 2012.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes Limitada, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de Pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre (RS) : Penso, 2013. 624p.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, junho de 2005 .

YIN, R. K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre (RS): Penso, 2016. 313p.

# PARTE I

## ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS NA PESQUISA QUALITATIVA



# CAPÍTULO 1

## DESAFIOS METODOLÓGICOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA: DIVERSIDADE DE CENÁRIOS, PARTICIPANTES, ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS

*Marluce Maria Araújo Assis / Maria Ângela Alves do Nascimento*

*Márlon Vinícius Gama Almeida / Simone Santana da Silva*

*Haline Souza Antunes / Monneglesia Santana Lopes*

*Waldemir de Albuquerque Costa*

### Introdução

Este segmento exprime parte dos desafios metodológicos vivenciados em uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulada RESOLUBILIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DA BAHIA, BRASIL: processo de cuidar *versus* responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS” - processo: 481211/2012-8 - desenvolvida no período de janeiro de 2013 a julho de 2016, com a participação de docentes/pesquisadores do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), mestrados do Programa de Pós-Graduação em Saúde (mestrado acadêmico e profissional), Mestrado Profissional de Enfermagem e bolsistas de Iniciação Científica.

O principal desafio situa-se na compreensão da metodologia como relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito como um vínculo indissociável do mundo objetivo com a subjetividade, que não pode ser traduzida em números (MINAYO, 2007). Assim, optou-se por trazer alguns métodos utilizados em estudos de abordagem qualitativa, visto que permitem aproximação com a subjetividade do sujeito, podendo, dessa maneira, revelar ou ao menos aproximar de seus sentidos e significados, ao mesmo tempo em que estabelece articulações com as bases teóricas.

Os objetos de análise se engendram no campo das relações sociais, sendo por isso influenciados por determinantes históricos, ideológicos, culturais, eco-

nômicos, políticos e sociais. Por conseguinte, são guiados pela reflexão e crítica contínua, articulando sujeito e objeto do conhecimento. Deste modo, pode ser possível entender “o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (MINAYO, 2007, p. 24).

Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a abordagem qualitativa procura compreender, particularmente, aquilo que se estuda, e não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis; a atenção centraliza-se no específico, com ênfase no significado do fenômeno, buscando a sua compreensão. O critério de cientificidade nesse caso é a intersubjetividade, já que o conhecimento é constituído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética.

Minayo (2002) diz que “[...] não é possível fazer ciência sem método”, ao discutir sobre epistemologia e método, pois exige do pesquisador muitas indagações, opções teóricas e maneiras criativas para articular teoria e método. Já Bosi e Martinez (2007) consideram a investigação qualitativa pautada em fenômenos sociais que escapam aos indicadores e à linguagem quantitativa, voltando-se para a produção subjetiva e a valorização dos sujeitos em suas relações com os contextos institucionais, culturais e sociais.

A abordagem qualitativa refere-se, por um lado, ao fato de assumir distintos significados (de natureza objetiva ou subjetiva) e, de outra parte, em razão de a qualidade variar de acordo com o interesse de grupos ou da individualidade do sujeito, em função de seus interesses e posições, bem como da sua relação com as políticas e como estas são operadas na prática.

Parte-se do entendimento de que a elaboração do conhecimento é um fenômeno constituído por conexões do pesquisador com os sujeitos e o campo, que versa, assim, em ativação e expressão de subjetividades demarcadoras de um modo de pesquisar (e de produzir dados), bem como de uma edificação de entendimentos e análises (ABRAHÃO et al., 2016). Vale destacar a ideia de que, neste caminhar, não há neutralidade do pesquisador, porquanto existe um conjunto de vínculos e relações estabelecidas, dados em diversos modos de se estabelecer ideias, encontros, diálogos e conexões entre pessoas, ambientes, instituições e sociedade (LOURAU, 2014; SANTOS, 2003).

Para o aprofundamento interpretativo dos dados, adotou-se como orientação analítica a Hermenêutica-Dialética, baseada em Habermas (1987) em seus diálogos com Gadamer, compreendida por Minayo (2002, 2007) como um método de explicação da realidade, que é sistematizada por Assis e Jorge (2010) em fluxograma analisador.

A Hermenêutica-Dialética pode ser traduzida como um método capaz de suscitar uma interpretação contextualizada e crítica da totalidade em apreensão, com anáfora na dinâmica entre a fala e o texto para geração de uma conjuntura,



e assim compreendê-la no seu interior e no terreno da especificidade histórica e totalizante em que é produzida. Os momentos fazem parte de um todo, que se complementam e se articulam com suas partes, constituídas de totalidades parciais que se conectam: o singular, o particular, o contextual e o universal.

Cabe ressaltar a emergência do chamado enfoque avaliativo de quarta geração, *fourth generation evaluation*, conforme descrito por Guba e Lincoln (1989) e discutida por Falsarella (2015). Esta realidade de avaliação converge com a perspectiva adotada neste capítulo, que adota a Hermenêutica-Dialética como orientadora da explicação da realidade empírica, situada no espaço social da Saúde da Família.

Para os propositores da quarta geração, a avaliação plena de um determinado programa ou política só tem sentido quando ele é desenvolvido e analisado em estreita relação com o contexto e com possíveis mudanças sociais que podem ser constituídas e ressignificadas. Considera-se a atribuição de valores inerente ao ser humano, enfatizando os atos e suas representações. Além disso, compreende-se que o conhecimento coletivamente estabelecido por determinados grupos pode levar à mudança social.

É com o visão crítica e analítica, que se busca refletir sobre os desafios que vivem os pesquisadores, ao escolherem a pesquisa qualitativa como caminho para interpretar os fenômenos sociais, traduzidos em recortes empíricos que são partes das linhas de pesquisa da área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde na seara da Saúde Coletiva. Por isso os objetos de estudo expressos aqui emergem das práticas e experiências dos vários sujeitos, denotando a responsabilidade sanitária e o compromisso com o ideário de um sistema público, integral e universal.

Evidenciam-se os percursos metodológicos experimentados pelo trabalho de campo em diversas Unidades de Saúde da Família (USF) de quatro municípios do Estado da Bahia, mostrados de modo articulado com as temáticas estudadas e demonstrados em realidades diversas (Desafio Um); participantes implicados com os objetos de estudo (Desafio Dois); estratégias de explicação, compreensão e análise da realidade empírica (Desafio Três); ordenação, descrição, explicação, compreensão e análise da realidade empírica (Desafio Quatro).

As ideias apontadas adiante pretendem produzir reflexões nos pesquisadores da área da saúde coletiva sobre os significados da abordagem de natureza qualitativa em relação às opções pelos campos empíricos que envolvem a ESF, os participantes do estudo em diferentes contextos de intervenção, as estratégias e análise de múltiplas realidades complexas e multifacetadas.

## Desafio UM: Cenários complexos e diversos da pesquisa

Os cenários da pesquisa são definidos em relação à escolha do recorte do objeto investigado, inserção do pesquisador, aceitação em ser pesquisado com autorização formal da instituição e participantes da busca, condições de financiamento e envolvimento da equipe, destacando-se o manejo de estratégias participativas e libertadoras. Os limites foram sendo superados pelos pesquisadores e transformados em desafios, em cada cenário pesquisado. As realidades empíricas foram apreendidas no desenvolvimento, envolvendo uma aprendizagem contínua e reflexiva, em consonância com os pressupostos teóricos da Educação como prática da liberdade, de Freire (2017).

Assim, foram definidos os cenários que representam regiões do Estado da Bahia, abrangendo cidades de grande e médio porte, espaços de intervenções das USF dos Municípios: Salvador e Lauro de Freitas (uma em cada); quatro de Feira de Santana e duas em Santo Antônio de Jesus. Os municípios citados ocupam lugares de destaque na organização de redes de atenção à saúde, considerados referências nas diversas linhas do cuidado, as quais compõem a complexa teia dos serviços de saúde no contexto nacional.

### Salvador

Salvador é a capital do Estado da Bahia e está localizada na região litorânea. Ocupa extensão territorial de 692.820 Km<sup>2</sup>. É um município de grande porte, sendo que sua população foi estimada, para o ano de 2016, em 2.921.087 habitantes (BRASIL, 2016a).

A Atenção Básica à Saúde (ABS), no período do estudo, tinha sua rede composta por 111 unidades de saúde, sendo 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Saúde da Família e 61 com a ESF distribuídas em 12 distritos sanitários. A cobertura de Saúde da Família era equivalente a 29, 27% (BRASIL, 2016b; SALVADOR, 2014).

A saúde bucal no âmbito da atenção básica contava com 36 UBS e 61 UBS com Saúde da Família, totalizando uma cobertura de 25% (BRASIL, 2016b; SALVADOR, 2014).

O Distrito Sanitário Cabula/Beirú, espaço social da pesquisa, contava com a população de 421. 246 habitantes, sendo que mais de 50% das pessoas eram do sexo feminino (221.314). Sua área é de 25,89 km<sup>2</sup> com uma densidade demográfica de 14.671,42 habitantes/km<sup>2</sup> (SALVADOR, 2014).

A USF Alto da Cachoeirinha, local da investigação/intervenção encontra-se localizada no referido Distrito, foi inaugurada em 2012, em termos de infraestrutura tem condições básicas para oferta da atenção à saúde da população

adscrita. A estrutura é conjunta com o Centro de Especialidades Odontológico (CEO), possuindo mesmo acesso, mas com recepções distintas.

### **Feira de Santana**

Feira de Santana é o segundo maior município do Estado da Bahia e 31º do País, localizada a 109 km da capital, Salvador. Possui território de 1.337.993 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 416,03 hab/km<sup>2</sup>, uma população residente de 568.099 habitantes segundo dados do DATASUS 2012, último ano descrito (BRASIL, 2012 a), com população estimada para 2015 em 617.528 habitantes.

Até dezembro de 2014, Feira de Santana contava com 84 (oitenta e quatro) USF (20 em área rural e as demais na área urbana) e 15 (quinze) unidades básicas tradicionais, todas em área urbana. Nessas unidades, atuaram, no mesmo ano, 90 (noventa) equipes de Saúde da Família, dispostas de seis policlínicas para o atendimento de média complexidade e 37 (trinta e sete) equipes de saúde bucal (ESB) que atendiam as USF. Destas, 22 (vinte e duas) estavam associadas a uma só USF e 15 (quinze) vinculadas a duas USF. Contava também com 17 (dezesete) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (FEIRA DE SANTANA, 2014).

### **Lauro de Freitas**

O Município de Lauro de Freitas localiza-se na região metropolitana de Salvador, no trecho conhecido como Litoral Norte, e possui cerca de 171.042 habitantes (BRASIL, 2016a), distribuídos num reduzido território de 57 Km<sup>2</sup>. É considerado o terceiro município mais industrializado da Bahia, além de ter um importante comércio em sua região central e ao longo da Estrada do Coco (BA-099), que corta o Município, e uma significativa tradição turística em torno de seus 7 Km de litoral. Por outro lado, denota grandes disparidades sociais: em torno dos bairros litorâneos, concentrando-se a pequena população de maior poder aquisitivo, que trabalha e estuda em Salvador, e que utiliza a cidade como dormitório e/ou lugar de veraneio; enquanto isso, nos bairros da porção continental encontra-se a maior parte da população do Município - região com elevado índice de pobreza e acesso precário à maioria dos serviços públicos.

O Município contava com uma rede de serviços composta por 33 equipes de Saúde da Família, 58% de cobertura das Equipes de Saúde da Família, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco ambulatórios de especialidades e três unidades de pronto-atendimento. O distrito sanitário de Portão, onde se localiza a Unidade de Saúde Vila Nova (um dos espaços empíricos da pesquisa), encontra-se na periferia do Município e tinha cerca de 28.956 habitantes, dispondo de três unidades de Saúde da Família.

A comunidade de Vila Nova localiza-se na região mais empobrecida do Distrito, com cerca de 8.126 habitantes, grande parte em situação de acentuada vul-

nerabilidade social. A economia local gravita ao redor da prestação de serviços domésticos, da construção civil, do comércio popular, da pesca artesanal e de supermercados e indústrias em seu entorno.

### **Santo Antônio de Jesus**

Santo Antônio de Jesus está localizado na região do recôncavo sul do Estado da Bahia. Possui população de 90.985 habitantes, uma unidade territorial de 261.348 Km<sup>2</sup> (2016a), além de estar localizado a uma distância de 193 Km da Capital. Sua economia é fortalecida no comércio o que torna um polo de oferta de produtos, entre confecções, móveis e eletrodomésticos.

O Município contava em 2016 com 21 USF, sendo 17 localizados na zona urbana e 04 (quatro) na zona rural. Além disso, possuía 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 2 (duas) equipes do NASF. Dispõe de 21 equipes de Saúde da Família, entre as quais 20 possuíam saúde bucal implantada. Em adição, 26 equipes de ACS integravam o serviço de Atenção Básica, totalizando 167 trabalhadores. A cobertura populacional de equipes de Saúde da Família era estimada em 77,84% (BRASIL, 2016b).

### **Desafio DOIS: definição dos participantes implicados com os objetos de estudo**

Definir os participantes do estudo parte da premissa de que a realidade empírica tem caráter histórico e social, representado pelas relações entre pessoas e grupos sociais. Estes, por meio da comunicação verbal e simbólica, retratam as inter-relações, conflitos e contradições.

Pode-se dizer que são expressões representadas pelas pessoas e pelo coletivo, com vivências pessoais e profissionais. Como reflete Gadamer (1999), no entanto, o sujeito não se esgota na fala e no contexto em que vive e experiencia. A vida é muito mais complexa do que ações focais e circunscritas a determinadas situações. O desafio é apreender o sentido desta complexidade e entender a escolha dos sujeitos, ainda que intencional ou aleatória, como relativa e aproximada da realidade, sempre parcial e inacabada.

Assim, a amostragem que orienta a escolha dos participantes da pesquisa vincula-se ao conceito de validade científica, conforme argumenta Malterud (2001), cuja modalidade de constituição dos sujeitos envolvidos é composta pela representação do contexto, na qual se insere a investigação (isto é, da realidade empírica pesquisada), considerando que os dados a serem trabalhados emergem, fundamentalmente, como aproximações parciais da realidade, compondo o todo e as partes do fenômeno social. O delineamento dessa composição

transcorre paralelamente à de outros elementos cruciais de validação científica: natureza e tipologia da pesquisa, o recorte do objeto e seu contexto, a formulação dos pressupostos teóricos, os instrumentos e técnicas de coleta de dados e a opção teórica que sustentará a análise dos dados empíricos.

Para os cenários de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Lauro de Freitas, foram escolhidos dois grupos (equipe de saúde e dirigentes) de modo intencional. Alguns sujeitos foram identificados na coleta de dados, como interlocutores relacionados ao tema de investigação no transcorrer do processo, sendo incorporados à pesquisa. Os usuários foram tomados aleatoriamente, no momento da observação do atendimento.

Neste sentido, Thiollent (2011) assinala que a representatividade dos grupos se expressa com suporte na relevância política e nas ideias que permeiam um dado momento histórico-social, e esta representação se constitui pelo encontro das ordens cognitiva, sociológica e política, com possibilidade de retomada das distorções da investigação.

Os grupos em três cenários (Feira de Santana, Santo Antônio Jesus e Lauro de Freitas) foram organizados conforme é delineado na sequência:

**Grupo I:** equipe de saúde (enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros) - sujeitos que exercem a prática cotidiana na ESF e são responsáveis pelo atendimento, o que denota a maneira como resolvem os problemas demandados pelos usuários.

**Grupo II:** usuários da ESF - por serem o centro do processo de ação da saúde, podem definir suas impressões sobre a responsabilização dos dirigentes e da equipe no ato da produção do cuidado para atender as demandas e necessidades, individuais e coletivas.

**Grupo III:** dirigentes do SUS municipal - constituídos por secretário municipal de saúde, coordenador da ABS, coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF, gerentes de unidades, entre outros sujeitos fundamentais na formulação de políticas e tomada de decisão institucional.

Em Feira de Santana foram realizadas 44 entrevistas com nove dirigentes, 22 trabalhadores da equipe de saúde e 13 usuários. Por sua vez, em Santo Antônio de Jesus, foram efetuadas 20 entrevistas, com cinco dirigentes, nove trabalhadores e seis usuários, e, em Lauro de Freitas, um total de 15 entrevistas, dentre elas oito com usuários, quatro com trabalhadores e três com dirigentes. Na composição da análise, o total foi de 79 entrevistados. O delineamento numérico da pesquisa em Salvador será abordado mais adiante, em razão da especificidade da coleta dos dados neste local.

Antes da realização das entrevistas, os possíveis participantes eram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso consentissem, eram solicitados a assinar o documento, dele recebendo uma cópia.

As entrevistas com os sujeitos dos grupos de trabalhadores e dirigentes, foram agendadas por contato telefônico ou pessoalmente. Para esses grupos, o critério de inclusão foi ter pelo menos seis meses de atuação na sua respectiva área/função. Importante é destacar o fato de que todas as entrevistas realizadas com os dirigentes ocorreram no espaço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de cada localidade. Os entrevistados do grupo de usuários foram aleatoriamente convidados a participar da pesquisa, no momento da observação nas USF, respeitando-se os critérios de idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e residir no território da respectiva unidade.

O quantitativo total de participantes do estudo não foi pré-determinado, mas definido no decorrer dos processos investigativos, pela relevância dos depoimentos e pela repetição dos conteúdos levantados pelos próprios sujeitos, com base em cada objeto de estudo focalizado.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o objetivo do pesquisador não foi o estudo do somatório das narrativas. Dessa maneira, a definição do quantitativo de entrevistados não está baseada no critério numérico, portanto, o que define o total de sujeitos da pesquisa é a saturação do conteúdo empírico, pautada nos objetivos elencados no momento de proposição da pesquisa, mas não sendo desconsideradas os dissensos, as diferenças e as especificidades representadas nas falas das variadas representações (MINAYO, 2007).

Em síntese, a fala é uma modalidade de comunicação privilegiada, detentora do poder de transmitir, que traz a expressão da experiência dos sujeitos, permitindo a aproximação do entendimento da subjetividade e do social. A palavra se configura como um símbolo ímpar, apesar de ser indissociável das outras configurações de comunicação não verbal, sendo capaz de trazer revelações - objetivas e subjetivas - bem como normas, valores, crenças, inquietudes e conflitos. Como um elemento que enriquece o campo da expressão das relações, pelas características dos estudos em foco, a fala/a palavra é considerada peça-chave para representar as narrativas individuais e grupais.

Ressalta-se, ante o exposto, que embora haja o reconhecimento do poder da fala, não se intenciona ofertar um lugar de exclusividade para ela na pesquisa, uma vez que outros instrumentos, como a análise documental ou observação com participação da equipe, contribuem no processo de pesquisar. Há de se considerar, também, a possibilidade do uso de diários, por exemplo, como orientadores da apreensão da realidade, por permitir a análise das implicações (LOURAU, 2014).

Para a USF da periferia de Salvador, participaram 28 pessoas, em rodas de conversa e oficinas pedagógicas, envolvendo gerente da unidade; agentes administrativos; equipe de Saúde Bucal; docente de Odontologia, que acompanhava alunos no campo de práticas; médicos; enfermeiras; técnicas de Enfermagem; agente de serviços gerais; bem como um representante dos usuários da área adscrita à unidade de saúde, na qualidade de liderança local.

Como opção analítica, demandou-se confrontar os distintos grupos, em que os sujeitos dialogam num terreno de conflitos, no qual o entendimento e o desentendimento são integrantes da totalidade comunicativa. Só há diálogo autêntico entre falas contrárias, e é nesse espaço que a história se processa e se transforma, com anáfora na dialética dos interesses diversos e contraditórios.

### **Desafio TRÊS: Estratégias de explicação, compreensão e análise da realidade empírica**

O terceiro desafio releva a imersão na realidade empírica, que exige do pesquisador sensibilidade, capacidade de escuta, compreensão das situações das pessoas e dos grupos sociais; ou seja, incorporar a interação social como inerente ao processo de pesquisa. Os roteiros orientadores, as regras e a sistematização das técnicas não podem ultrapassar os encontros de subjetividades entre o pesquisador e seus interlocutores. Cada cenário é singular e rico de especificidades. É importante que o trabalho de campo seja pensado como um *continuum* de aprendizagem.

No caso em foco, para o trabalho de campo de dois cenários (Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus) foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática. No cenário de Lauro de Freitas, optou-se por três técnicas: observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental.

No cenário de Salvador, Unidade de Saúde da Família Alto da Cachoeirinha, optou-se por estratégias participativas, como rodas de conversa, oficinas pedagógicas e observação participante.

A entrevista semiestruturada combinou perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema, sem, contudo se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007). Ao enfatizar a palavra como instrumento privilegiado de coleta de informações, abre-se a possibilidade de revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações grupais em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, características que tornam a palavra expressão das relações e conflitos.

Para tanto, decidiu-se elaborar questões que nortearam as entrevistas que foram baseadas nos objetivos e nos pressupostos teóricos. Os roteiros das entrevistas tiveram o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, assim, permitir que os recortes dos objetos fossem privilegiados à luz das representações dos sujeitos que compõem os cenários da investigação. Nesta perspectiva, foram elaboradas questões comuns e outras com especificidades para cada grupo de respondentes, dado o caráter heterogêneo das representações dos participantes.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos sujeitos e realizadas em locais agendados antecipadamente com coletadores previamente treinados. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências valorativas sobre o que estava sendo expresso, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergia na fala, prontamente, era feito um esforço para um melhor detalhamento das informações ou incorporação de novos questionamentos; tudo isso, levando-se em conta as balizas dos objetos investigados.

A observação sistemática da organização do fluxo do atendimento na ESF e suas interfaces com a rede de atendimento do SUS constituiu outra técnica de coleta de dados. Os dados foram registrados em diários de campo pelos coletadores de dados treinados para tal. Sobre essa técnica, Chizzotti (1995) esclarece que o pesquisador observa os eventos no momento concreto da ação e pode fazer relações com outros atos que interagem na sua ocorrência, permitindo assim uma percepção mais compreensiva das subjetividades relacionadas ao objeto em estudo.

A observação participante realizada em Lauro de Freitas foi desenvolvida por meio do contato direto do pesquisador com o evento observado. Segundo Minayo (2007), a importância da observação participante reside no fato de se poder captar uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. Os dados foram registrados em diário de campo e auxiliaram na captura de informações sobre a realidade dos sujeitos em seus contextos.

De maneira complementar, no referido cenário, a análise documental permitiu a apreciação dos arquivos e impressos produzidos pela e/ou sobre a equipe no período, como atas de reuniões, relatórios para a gestão municipal, avaliações externas, publicações na imprensa, dentre outros registros disponíveis. Com efeito, foi possível identificar informações complementares e ilustrativas sobre as práticas de cuidado na USF.

No caso específico do cenário de Salvador, adotou-se a pesquisa-intervenção, que é um tipo de investigação social com base empírica, concebida e feita associadamente com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo,



no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011; LOURAU 2014).

A intervenção foi vivenciada no trabalho em ato (MERHY, 2014), produzindo uma autorreflexão coletiva. Ademais, o pesquisador modifica e é modificado pela vivência que a ação de pesquisar enseja. No cenário mostrado, a intervenção inicialmente foi procedida pela equipe de saúde bucal, e, posteriormente, ampliada para os demais trabalhadores da unidade de saúde. Tal caminho adotado se delineou para estabelecer uma ação orientada na perspectiva de provocar reflexões em busca da resolução dos problemas efetivos observados e reconhecidos pelos membros da unidade de saúde. O planejamento dos encontros e das intervenções foi flexibilizado com suporte em demandas específicas dos membros da equipe, por exemplo, horários disponíveis e dinâmica do serviço.

Assim, a observação participante das práticas, rodas de conversas e oficinas pedagógicas foram utilizadas para avaliar a implantação do acolhimento na USF Alto da Cachoeirinha e envolveu a maioria dos trabalhadores das equipes de saúde. Estes realizaram o levantamento e a análise crítica dos modos de organização do serviço, fluxo de atendimento ao usuário e principais problemas enfrentados e formulações de suas soluções. Um aspecto importante da roda é que possibilita ao trabalhador da saúde se reconhecer como autor do projeto assistencial que foi sendo constituído, reavendo seu papel como sujeito do processo.

As rodas de conversa sinalizam momentos significativos de autorreflexão do trabalhador, em que se reconhece como protagonista do projeto assistencial da USF Alto da Cachoeirinha, relocando seu papel como sujeito que interfere na produção das práticas de saúde.

Foram realizadas três rodas de conversas com uma média de duração de 60 minutos, com teor gravado após consentimento dos trabalhadores. A participação dos sujeitos na roda teve como condicionante suas intenções e a disponibilidade de tempo nas agendas de trabalho. Configuraram-se três grupos organizados assim: Grupo 1 - agentes comunitários de saúde; Grupo 2 - médico; enfermeiras e técnica de Enfermagem; Grupo 3 - cirurgião-dentista, docente de Odontologia, auxiliar de serviço bucal, enfermeira, técnica de Enfermagem, gerente e assistente administrativo que atua na recepção.

O instrumento utilizado para a obtenção do material consistiu em um roteiro norteador flexível, contendo algumas questões abertas, oportunamente desdobradas em novas perguntas, com base no conteúdo emergente nas falas dos participantes das rodas de conversas. As questões solicitavam livre pronunciamento acerca da proposta e do trabalho junto à USF, cobrindo aspectos como: relação com os usuários, relação com outros trabalhadores, percepções e vivên-

cias. Em momento posterior, essas narrativas foram transcritas e compiladas por temas.

A oficina pedagógica consiste em metodologia utilizada, geralmente, no campo da Educação e pode dar ensejo a vivências em situações concretas e significativas, com base no tripé sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. A metodologia da oficina muda o foco tradicional da aprendizagem (cognição) e passa a incorporar a ação e a reflexão. Ela pode ter como finalidades: articulação de conceitos, pressupostos e noções com ações concretas, vivenciadas pelo participante ou aprendiz; e vivência e execução de tarefas em equipe, isto é, apropriação ou elaboração coletiva de saberes (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Foram realizadas três oficinas crítico-reflexivas. A primeira teve como temas: acolhimento à demanda induzida (a demanda induzida por meio do “cardápio” de serviços que a unidade oferece e está exposto em sua recepção), dificuldades e facilidades; compartilhamento de experiências do grupo; pacto para implantação do acolhimento coletivo; planejamento do acolhimento coletivo; adaptação da ficha de exame epidemiológico da rede municipal para registro dos exames; e criação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários. Na segunda oficina, foram adotadas como eixos temáticos: acolhimento à demanda espontânea; discussão acerca da concepção de acolhimento; elaboração dos fluxogramas analisadores, com base nos quais foi feito um levantamento dos problemas relacionados ao trabalho das equipes; apresentação da proposta de acolhimento à Demanda Espontânea com classificação de risco sugerida no Caderno de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea, volumes I (BRASIL, 2013a) e II (BRASIL, 2013b); discussão e definição de modelagens de acolhimento; análise de viabilidade da proposta de acolhimento; discussão e definição das ações sugeridas; dinâmica sobre tipos de urgência; formulação de um protocolo de classificação de risco e de fichas para atendimento dos usuários com demandas de urgência odontológica; definição de prazo para implantação do acolhimento; avaliação dos trabalhadores acerca da oficina. A terceira oficina, por sua vez, foi o momento de maior aprendizagem e concretude do propósito: a implantação do acolhimento com o envolvimento das equipes.

#### **Desafio QUATRO: ordenação, descrição, explicação, compreensão e análise da realidade empírica**

O quarto desafio procura captar as relações de consensos (convergências de ideias), dissensos, conflitos, contradições e complementaridades do mundo cotidiano em suas relações com o político, o econômico, o social, o cultural e o simbólico; olhar a realidade social, que no caso em foco, situa-se na ESF, com

suas implicações teóricas e práticas; apreender um caminho de significações; dar sentido às representações do senso comum, por meio da articulação argumentativa e contextualizada das concepções teóricas com a realidade analisada.

Este desafio foi edificado com o material empírico captado em quatro cenários. Os três cenários (Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Lauro de Freitas) se orientaram pela Hermenêutica-Dialética, com base em Minayo (2007) e retraduzida em Assis e Jorge (2010), como método de apreensão da realidade que propõe interpretar os conteúdos contextualizados e criticamente. Toma-se, desta maneira, a dinâmica entre a fala e o texto para compreendê-la na especificidade histórica em que é produzida.

Para o quarto cenário da USF Alto da Cachoeirinha, em Salvador, optou-se pela análise de narrativa orientada pela Hermenêutica Crítica. Esse método foi escolhido por permitir argumentos que sinalizem entendimentos e envolvimentos das pessoas com o processo, tomando como parâmetro as ponderações de Caprara e Veras (2005). Simultaneamente, é sinalizado o fato de que a narrativa oferece múltiplos estádios de compreensão do expresso e do não expresso nas representações discursivas. A interpretação simples e profunda favorece o aprofundamento das partes do texto em relação ao todo e vice-versa, ao tempo em que propicia a reflexão sobre os temas surgidos com esteio nas narrações.

A Hermenêutica-Dialética é método capaz de suscitar uma interpretação contextualizada e crítica da totalidade em apreensão, com origem na dinâmica entre a fala e o texto para geração de uma conjuntura. Assim, compreendê-la no seu interior e na seida da especificidade histórica e totalizante em que é produzida (HABERMAS, 1987). Os momentos fazem parte de um todo, que se complementam e se articulam com suas partes e vice-versa. Indica-se, a seguir, a mostra dos momentos de análise dos dados – ordenação, classificação e análise final.

### 1º Momento – Ordenação do material empírico

O primeiro passo consistiu no contato com o material empírico, por meio da transcrição *ipsis litteris* das entrevistas, gravadas em dispositivo digital. Por conseguinte, foi realizada a digitação de todo o material no *software* para pesquisa qualitativa *Nvivo Server 9º*, o que possibilitou a leitura preliminar dos dados, organizados em temas evidenciados no material empírico.

### 2º Momento – Descrição e explicação das realidades empíricas

Este momento foi orientado pela descrição dos núcleos de sentido. Envolveu leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas e das observações com a identi-

ficação de suas estruturas de relevância, o que permitiu apreensão das ideias centrais e dos momentos-chave do contexto analisado (MINAYO, 2007).

Nessa perspectiva, procederam-se a leituras exaustivas do conteúdo, que provocaram a primeira aproximação entre os dados encontrados no material empírico com as questões e pressupostos de cada estudo. No caminho, foi facilitada a extração das unidades de registro que comportaram a constituição dos núcleos de sentido. Por este ângulo, com o auxílio das ferramentas do programa, foram recortadas as referências (trechos das falas de cada entrevistado e de cada participante das oficinas pedagógicas e rodas de conversa) do todo da entrevista e dos grupos, e estas foram posicionadas nos núcleos de sentido correspondentes.

Ao proceder à leitura geral desses dados produzidos pelo Programa, garante-se um contato mais intenso com o material com base no confronto de ideias entre as representações percebidas em cada grupo de entrevistados, o que favorece a identificação das categorias empíricas. Com isso, foram elaborados quadros de análises comuns a cada grupo de entrevistado (equipe, dirigentes e usuários), de modo a discriminar os discursos retirados das entrevistas.

Deste ponto de vista, os dados empíricos foram sistematizados por meio das sínteses horizontal e vertical dos confrontos entre as falas dos sujeitos entrevistados. A síntese horizontal de cada categoria empírica foi retratada em convergências, divergências, complementaridades e diferenças, nas ideias dos participantes do estudo. Enquanto isso, a de teor vertical evidenciou a ideia global do entrevistado, relacionando-a de modo transversal às questões do estudo, pressuposto teórico e balizas teórico-conceituais. Nessa ocasião, após definidas as categorias empíricas, articularam-se os conteúdos manifestos e latentes das entrevistas, cruzando com os documentos e observações, para complementar as análises referentes a cada categoria empírica.

### **3º Momento – Compreensão e análise dos contextos empíricos**

Os momentos anteriores possibilitaram profundo conhecimento sobre o material empírico que demandaram um movimento circular, do empírico para o teórico e do teórico para o empírico, com o intuito de buscar riquezas do particular e do geral (MINAYO, 2007).

A análise permitiu apreender o conteúdo, representado em narrativas dos entrevistados, complementados pela observação e análise documental, o que demarca uma triangulação do material empírico e deste com a fundamentação teórica da pesquisa.

Relativamente à observação sistemática e participante, os dados foram analisados separadamente. De início, as observações foram digitadas literalmente, conforme registro no diário de campo. Por conseguinte, realizou-se a digitação de todo o material no *software* para pesquisa qualitativa *Nvivo Server 9*<sup>o</sup>, o que facilitou a leitura preliminar dos dados, organizados em temas, articulados com o conjunto de indicadores apreendidos das outras técnicas de coleta de dados.

Para o desenvolvimento do trabalho, foram respeitados os preceitos éticos abordados na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, e aprovado com base no Parecer número 739.667, (CAAE 31670414.0.0000.0053), em 05/08/2014, dando-se, então, início à coleta de dados.

### **Considerações Finais: metodologias de pesquisa inovadoras é o caminho**

Metodologias de pesquisa críticas e inovadoras são opções que assumem cada vez mais um lugar de protagonismo do sujeito, que é parte do ambiente pesquisado, ao mesmo tempo em que os implica e provoca um repensamento sobre suas práticas. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia dos sujeitos, o que desperta a motivação, estimula tomadas de decisões e mudanças no modo de fazer e gerir o sistema de saúde, tanto nas dimensões individuais quanto coletivas, advindas das atividades experienciadas pelas equipes e comunidade nos mais diversificados contextos.

O texto traz a interação metodológica da abordagem qualitativa utilizada, como técnica de coleta de dados reconhecida e testificada no ambiente da saúde coletiva, como entrevistas, observação (sistemática e participante) e análise documental. Destaca-se o fato de que este texto denota um modo inovador de se fazer pesquisa, por meio de estratégias criativas e instigantes, como rodas de conversa e oficinas pedagógicas, salutareis e significativas para estudos de intervenção. Sujeito e objeto interagem e apostam na formulação conjunta da mudança na organização dos serviços e práticas de saúde.

É fundamental que o sujeito/pesquisador participe e se expresse de maneira crítica e reflexiva relativamente à elaboração de um conhecimento que possa contribuir com a transformação da sociedade. A mudança na prática de pesquisa, no entanto, requer autocrítica e ressignificação do seu fazer, evitando-

se, assim, seguir em “modismos” e superficialidades de saberes e práticas. Eis o desafio: a constituição consciente e crítica da produção de conhecimento.

É interessante que a opção por uma metodologia qualitativa contextual e problematizadora seja feita coerentemente com o objeto de estudo/intervenção. Assim, teria que ser pensada e, sobretudo, preparada, para não anular o sujeito que experimenta e conhece o fenômeno social em sua singularidade. Está mais do que na hora de rever a prática de pesquisa para que os pesquisadores atuais e futuros não sejam tão “adestrados”, reproduzindo as mesmas práticas em nome da manutenção do *status quo*, sem acrescentar nada de útil, inspirador ou transformador.

A pesquisa de um determinado programa ou política, a exemplo da ESF, só tem sentido quando desenvolvida e analisada em estreita relação com o contexto e possíveis mudanças sociais que podem ser edificadas e ressignificadas. Considera-se a atribuição de valores inerentes ao ser humano, que, na análise, é fundamental que sejam considerados. Além disso, compreende-se que o conhecimento coletivamente constituído por grupos pode oferecer um espaço, um papel para cada membro e para o grupo como um todo, de tal modo que possibilite proteções mútuas nas dificuldades, dúvidas e, também, nas certezas.

Pesquisar é uma ação política e técnica que pode impulsionar ações estratégicas e repensar modelos consolidados. Como exigência fundamental na explicação e análise de sistemas de saúde, a pesquisa pode ampliar conceitos relacionados à representação do processo saúde-doença-cuidado, estabelecer inovações tecnológicas, reorganizar o trabalho em saúde e ampliar a democracia institucional, com a adoção de sistema de cooperação entre os participantes, envolvendo os pesquisadores, trabalhadores dos serviços, dirigentes do sistema e usuários (representados, principalmente, por suas lideranças).

Enfim, a produção de pesquisa pode redirecionar as modalidades de poder organizacional entre os pesquisadores, situados nas universidades e institutos de pesquisa e os profissionais e gestores que atuam na rede de saúde; combinando graus de autonomia dos envolvidos e a responsabilidade técnica e política de cada um. Ressalta-se a necessidade de valorizar modos estratégicos e participativos de condução dos processos. Antes de tudo, pesquisar exige compreender. Como disse Gadamer (1999, p.19), “[...] a compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um ‘objeto’ dado. Mas frente à história factual, e isso significa que pertence ao ser daquilo que é compreendido”.

## Referências

- ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador In-Mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E.E. et al. *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpendendo o instituído nas redes*. Volume 1. Rio de Janeiro (RJ): Hexix, 2016. p. 22-30.
- ASSIS, M.M.A; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (Orgs). *Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana (BA): UEFS Editora; 2010. p. 139-159.
- BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. M. (Orgs.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2. ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. População residente no Brasil. População residente de Feira de Santana, BA. *DATASUS*. 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 14 jun. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem populacional*. 2016a. Disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>>. Acesso em: 10 mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB**. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016b.
- CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermeneutics and narrative: mothers' experience of children affected by epidermolysis bullosa. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.16, p.131-46, set.2004/fev.2005.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo (SP): Cortez, 1995.

FALSARELLA, A.M. O lugar da pesquisa na avaliação de políticas e programas sociais. *Avaliação (Campinas)*, v. 20, n.3, p.703-715, nov. 2015.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão – 2014*. Feira de Santana, BA, 2014.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 12 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra, 2017.

GADAMER, H. *Verdade e método*. Petropolis (RJ): Vozes, 1999.

GUBA, E; LINCOLN, Y. *Fourth generation evaluation*. Newsbury Park: Sage; 1989.

HABERMAS, J. *Dialética e Hermenêutica: para a crítica da Hermenêutica de Gadamer*. Trad: Álvaro L.M. Valls. Porto Alegre (RS): L&PM, 1987.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

MALTERUD, K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, n. 358, p. 483-488, 2001.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4 ed. São Paulo (SP): HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C.S. (Org.) *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. Entre voos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. (Orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2002. p.17-47.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica - Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. (Orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2002. p.83-108

NOGUEIRA-MARTINS, M.C. F; BOGÚS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.1, n.3, p. 44-57, 2004.

PAVIANI, N. B. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura*, Caxias do Sul, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago 2009.



SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Salvador-BA, 2014.

SANTOS, B.S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 2003.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2011.



## CAPÍTULO 2

# DO TRIÂNGULO AO MOSAICO: a coleta de dados em pesquisa sobre o ciclo do Programa Mais Médicos e a cooperação Cuba

*Juliana Braga de Paula / Marcia Faria Westphal*

### Introdução

*pensemos nos griôts: os guerreiros cantadores que viajam a pé de uma tribo a outra em algumas regiões da África ocidental, como bambara e malinke. O predomínio quase total da oralidade e a ausência de livros não impedem que as palavras caminhem no corpo dos guerreiros, dando permanência à cultura dessa gente. Tatuadas no aparato de escrita mais atrativo do mundo a própria pelo as palavras caminham e contam histórias das tribos, genealogia, magia, ritos; exibem mapas geográficos de canções ideogramas com avisos de guerra, enquanto isso no continente ao lado a comunicação se dá via satélite (WANDELLI, 2000. p.).*

O trabalho do pesquisador que intenta compreender o fenômeno sobre o qual se debruça, se assemelha ao dos *griots* africanos, estabelecendo percursos, carregando no corpo e na escrita as histórias que ouvem, as inúmeras interpretações de fenômenos e documentos que lhes demonstram como se fossem evidências de que há algo não revelado.

A coleta dos dados, muitas vezes, é considerada trabalho operacional, especialmente se o pesquisador pretende que o resultado dela seja submetido a uma análise quantitativa. Se, entretanto, a proposta for realizar um estudo qualitativo, dedutivo, esta parte da pesquisa se torna essencialmente um trabalho criativo, em que o investigador tem que se deslocar de seus espaços convencionais e cartografar os fatos, ideias e sentimentos. Esta atividade se torna o momento de encontro com o objeto, o instante em que todas as certezas se põem em xe-

que - um encontro do pesquisador com o imponderável, o inusitado, com o que esperava e o que não esperava ao mesmo tempo. Depara os contraditórios que podem sobreviver ao mesmo tempo em igual cenário e, embora assim, fazer sentido.

Essa é a beleza do campo, da coleta de dados na perspectiva qualitativa. Esse foi o processo que vivemos na pesquisa “Análise do ciclo da Política do Programa Mais Médicos no Brasil: a cooperação técnica como inovação da gestão do trabalho médico”. Depois de extensa revisão bibliográfica e uma série de categorias definidas, fomos ao campo com uma proposta de triangulação de fontes e métodos, esperando encontrar a contribuição da parceria Cuba e Brasil na gestão do trabalho médico no País. Encontramos essas mesmas contribuições enredadas em uma medicina de mercado, implicações da internacionalização da mão de obra estrangeira, migração de profissionais em países de regimes políticos distintos, culturas que se estranham e se aproximam e um campo aberto de questionamentos e possibilidades sobre a capacidade de municípios fazerem a gestão do trabalho médico no Brasil nos arranjos hoje definidos (CAMPOS, 2015; SCHEFFER, 2016).

Entramos com um triângulo e saímos com um mosaico de vias e de possibilidades de análise, e um grande aprendizado de que em política, assim como na ciência, planejamento e flexibilidade são importantes. O rigor do método, a ancoragem na literatura e a análise dos pares fazem parte de um planejamento que facilita a visita ao dado e localiza o pesquisador em recorte significativo do seu objeto. Por outro lado, a flexibilidade para aceitar o que emerge do campo e a capacidade de se reinventar com origem nele perfazem a grande chave para que a pesquisa saia enriquecida e que as histórias sejam contadas com a riqueza que merecem.

## Definição de campos e objetos

Recentemente, o Governo brasileiro iniciou a implantação de um programa, visando a prover e qualificar médicos para o Sistema Único de Saúde. É uma iniciativa de grande vulto, que envolveu, de 2011 a 2015, um total de 18 mil e 240 médicos novos no SUS, alcançando uma cobertura do Programa Mais Médicos de mais de 63 milhões de pessoas em todo o País. Nesse sentido, confere relevância a análise do Programa Mais Médicos como política recém-implantada em contexto brasileiro, que constitui o objeto deste projeto de pesquisa. Para analisar o Programa, adotamos a abordagem do Ciclo de Políticas de Ball (BOWE et al., 1992, adaptado de HOWLETT e RAMESH, 2003). Howlett propõe um modelo que organiza o estudo de uma política em cinco fases: (a) preparação da

agenda, (b) formulação da política, (c) tomada de decisão, (d) implementação e (e) avaliação, Ball entrelaça essas fases definidas por M. Howlett em sua análise de contexto, apontando que a política só se faz política propriamente dita, com procedência do seu campo de prática. Entrevistas com agentes-chaves, análise documental e um estudo de caso conformaram a triangulação necessária para um estudo qualitativo confiável. O objetivo do capítulo é descrever métodos e percursos na coleta de dados de um estudo do ciclo da política - Mais Médicos, com o foco na cooperação bilateral Brasil-Cuba e nos seus efeitos para uma gestão do trabalho médico no Brasil. Considerando que a pesquisa faz parte de um projeto de doutorado, os resultados ainda estão em percurso de análise. Detivemo-nos, para módulo, apenas, na descrição do método e estratégias de coleta de dados.

### Relevância do estudo e escolha do objeto

A etapa mais difícil foi a definição do problema e do objeto a ser investigado. O contexto político brasileiro e a política de saúde ofertavam problemas inúmeros, que um pesquisador atento visualizaria como bons temas de investigação. A pesquisadora principal no entanto, queria algo que pulsasse, que demandasse, transpondo os processos de aprendizagem a que todos estamos submetidos quando nos debruçamos em pesquisa, algo que nos possibilitasse transitar pelos efeitos da política no âmbito local, mas que dialogasse com as questões globais de saúde pública internacional, abrindo espaço para maior articulação de saberes do que um programa de doutorado pode oferecer.

O Brasil passava por um momento de efervescência política, com duras críticas aos (des)caminhos dos projetos de governo para a sociedade e dos sistemas de saúde na América Latina que como os outros países, atravessavam seu momento de transição demográfica, epidemiológica, nutricional e de incorporação tecnológica que convocava novos modelos e outras estratégias da gestão na saúde. (TEMPORÃO, 2014; Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, 2008)

Essas mudanças demandavam um sistema mais voltado para a promoção da saúde das pessoas, que colocasse as necessidades do cidadão usuário do sistema no centro da tomada de decisão e que o serviço estivesse mais próximo do contexto em que as pessoas usuárias viviam. Denis (2014), assinala que se preocupa em constituir novas capacidades para lidar com os constantes desafios que se apresentam com base nas crescentes demandas ocasionadas pelas tendências populacionais de adoecimento e modos de vida. Para tanto, esse autor se preocupa com o estabelecimento de políticas públicas que sejam efetivas em termos de desenho e de implementação para melhoria dos sistemas de saúde.

A conjuntura política, a insatisfação da sociedade em relação, as políticas públicas no País, fundamentalmente as de saúde e educação levaram a população brasileira às ruas em 2013. Em um movimento iniciado por conta das políticas de transporte e mobilidade urbana nas principais capitais, este se tornou uma grande manifestação social por mudanças nas respostas às necessidades da população em geral. Nesse contexto, o governo brasileiro se sente na obrigação de se organizar para responder aos apelos populares. Uma das iniciativas mais controversas e de maior visibilidade foi o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM foi instituído por meio de uma negociação tripartite, com suporte nele a lei nº 12.871, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidente em 22 de outubro de 2013. O foco dessa lei era diminuir as iniquidades no acesso à saúde, principalmente entre os grupos em situação de maior vulnerabilidade, como os indígenas, os menos abastados economicamente e os moradores de periferias e zonas pobres das grandes cidades.

O programa se divide em três eixos fundamentais: (a) distribuição de médicos, (b) investimento na infraestrutura da atenção básica e (c) formação, que envolve mudança nas grades curriculares e investimento para implantação de cursos de Medicina em lugares sem médicos (PEGO, 2014). Os objetivos desse programa, definidos pela Portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação nº 1.369/201, estão expressas a seguir.

1. Aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação.
2. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira.
3. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino e serviço, por meio da educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos.
4. Promover a troca de conhecimentos entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras.
5. Aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS.

Identificam-se muitos estudos sobre a temática do Programa “Mais Médicos”, incentivados pelas universidades e as instituições de financiamento, monitorados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), algumas vezes em parceria com a ABRASCO (KEMPER et al., 2016). Poucos estudos, concentram o olhar sobre a cooperação bilateral Brasil –Cuba e as implicações da contratação de médicos cubanos para a gestão do trabalho em saúde no Brasil. As

questões políticas, sociais e de efetividade que envolvem este programa, têm feito dele um objeto de estudo importante para a compreensão das políticas da gestão de trabalho em saúde no Brasil entre outros tantos relacionados a sua efetividade.

O Governo cubano foi parceiro desde o início do Programa pela sua história de exportação da mão de obra médica para países em situações de guerra ou grande necessidade, como é o caso das experiências desenvolvidas na Venezuela e no Haiti. Cuba assinou um acordo de cooperação com o Brasil, por intermédio da Organização Pan- Americana de Saúde, para a contratação temporária de cerca de dez mil médicos cubanos por cerca de três anos, sujeita a renovação, no caso de haver acordo entre as partes. No Brasil, a adoção e implementação desta política, especialmente a parte que se refere à contratação de médicos cubanos, teve o repúdio da mídia e da corporação médica, mas contou com o apoio dos gestores e de boa parte da população.

Embora a tentativa de fixar profissionais em áreas remotas não seja nova, a cooperação técnica entre países com a absorção de profissionais estrangeiros, especialmente a parte que se refere à contratação de médicos cubanos em condições especiais, intermediada por uma agência das Nações Unidas, concretiza e implementa esta estratégia como uma política em gestão no Brasil, na expectativa de que ela possa, entre outras coisas, ensejar inovações no contexto da gestão do trabalho em saúde no Brasil.

A implementação de medidas que incentivem os profissionais de saúde a se manterem em áreas mais distantes e desassistidas, apesar das ações e discussões realizadas em função da política e, principalmente, da polêmica da contratação de médicos cubanos, tem meandros ainda difíceis de explicar e avaliar, o que justifica este estudo.

## Objetivos da pesquisa

### Objetivo geral

Analisar o ciclo da política “Mais Médicos” com o foco na cooperação bilateral Brasil-Cuba e na sua contribuição como inovação para uma gestão do trabalho médico no Brasil.

### Objetivos específicos:

- 1 - Analisar as características da cooperação técnica e as relações institucionais entre Brasil e Cuba.
- 2 - Examinar os elementos de inovação da PMM, neste foco.

3 - Estudar a política de saúde na perspectiva do Ciclo de Políticas, incluindo seus aspectos conceituais e metodológicos.

4 - Verificar o Ciclo da Política Mais Médicos entre 2013 e 2016.

### Campo empírico

A implicação da pesquisadora principal com o campo (Estado do Ceará) e com o objeto é clara – o objeto é pretensamente conhecido, e a pesquisadora esteve inserida em uma instituição (OPAS) que defendia com veemência um dos lados. A neutralidade em pesquisa, no entanto, é questionada e análise de implicação sempre é possível ser feita, desde que se preserve o rigor das contribuições dos pares e métodos claros e transparentes de investigação. Segundo Passos e Barros (2000),

[...] a noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade de decisão consciente do pesquisador, ela inclui uma análise do sistema lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que é designado ocupar, enquanto, especialista, com os riscos que, isto implica (p.73).

Ultrapassando o contexto brasileiro, o trabalho em saúde era visto como exemplo de desafio contemporâneo para a elaboração e manutenção dos sistemas de saúde, que respondessem a essas novas tendências, como a contratação de profissionais de saúde com um perfil mais adequado, capazes de produzir saúde, ofertando à população uma clínica ampliada e contextualizada. (OMS, 2013; WHO, 2014; CAMPOS et al., 2009; TASCA, 2014; BARRER; WOOD, 1997 *apud* RODRIGUES et al., 2010)

Esse quadro de transição, aliado à globalização de dominância do capital financeiro (MENDES, 2012) e ao ajuste fiscal promovido pelas políticas econômicas dos anos 1990, ocasionaram, segundo Dal Poz (2013), uma crise de recursos humanos na saúde, materializada pela migração internacional de médicos e enfermeiros na busca de oportunidades e segurança.

No caso do Brasil, a Constituição de 1988 garante que a saúde é um direito de todo o cidadão e dever do Estado, e que o cuidado em saúde deve ser integral e igualitário. Observa-se, no entanto um hiato entre o que o Estado gostaria de produzir como saúde e o que concretamente consegue, como sociedade e governo. Ao longo dos últimos 20 anos, desde a inclusão social promovida pelas políticas de transferência de renda, o fortalecimento da estratégia de saúde da



família, a garantia de benefícios sociais e o aumento do salário mínimo, o SUS passou a demandar maior número de profissionais de saúde qualificados e mais bem distribuídos no Território Nacional. A categoria médica, principalmente, foi alvo de reivindicações nas manifestações de rua que aconteceram em 2013, obrigando o Governo central a repensar seu investimento na área de saúde.

### Abordagens teórico-metodológicas

Dentre os muitos referenciais possíveis para analisar uma política, adotamos a Abordagem de Ciclo de Políticas, de Stephen J. Ball (1992) (*apud* MAINARDES, 2006), por sua atualidade e capacidade de transitar entre o que se produziu no contexto da política até agora e o que se desdobra cotidianamente na prática dos serviços. A ideia de ciclo de políticas não é nova, pois nasceu no início do século imediatamente passado, com inúmeros autores que se dedicavam a dividir a implementação de uma política em fases que falavam desde o momento da definição do problema a implantação propriamente dita. Laswell (1965) *apud* (FISHER et al., 2007) introduziu inicialmente um modelo de análise de processo de políticas dividido em sete estágios: inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, finalização e avaliação. Para esse autor, o que caracteriza a análise de políticas é o enfoque multidisciplinar, a resolução de problemas como base e uma visão normativa da análise. Com o passar dos anos, outros autores trouxeram a análise de políticas como um terreno de investigação própria e menos normativa.

Howlett e Ramesh (2003) foram os responsáveis pelo modelo até hoje mais comumente usado de análise do ciclo de políticas. O Improved Model divide o ciclo da política em cinco fases: Preparação da Agenda, Formulação da Política, Tomada de Decisão, Implementação e Avaliação. Para esses autores, o olhar sobre a agenda deve ser feito focalizando os problemas que tiveram atenção do governo, os que não tiveram e os que ainda estão na pauta. Essa definição se dá mediante da análise fluxos de problemas, soluções e fluxo político. Na fase da implementação propriamente dita, observar-se-iam os sistemas decisórios, de informação, agentes de implementação e logística, recursos operacionais e financeiros, dentre outros (BAPTISTA; REZENDE, 2011)

A crítica a essa divisão da política em fases, no entanto é o não reconhecimento de que as fases se cruzam, ocasionando transformações constantes na dinâmica de cada fase do ciclo. Para Bowe, Ball e Gold (1992), o entendimento da política se dá nos bastidores, nas entrelinhas, na coletividade, e ela acontece na imanência, na realidade da vida das pessoas. Por mais que enunciados, leis, portarias, legalidade, e pronunciamentos públicos digam dessa política, o que

ela pretende, para esse autor, só se materializa em ato no espaço de constituição das práticas. Segundo Mattos (*apud* BATISTA; REZENDE, 2011), mesmo a construção de uma política formal ultrapassa os limites dos governos e de suas instituições oficiais, assim o estudo das políticas públicas deve lidar com a dinâmica que envolve a construção das demandas e suas respostas, mais do que está estampado na agenda oficial dos governos.

Igualmente a Bowe, Ball e Gold (1992), outros autores, como Denis (2014) trazem visões que se assemelham a essa, com anáfora no prisma da governamentalidade, que enfoca as transformações mais profundas na maneira em que os serviços e o cuidado são produzidos, estruturados, desenvolvidos e regulados.

Os autores dessa abordagem admitem que as políticas influenciam a maneira como as pessoas lidam com o problema e que os sujeitos são modificados pela ação da política ao longo do processo. Consequentemente, nenhum conhecimento novo pode ser entendido sem uma compreensão de como as relações de poder estão organizadas em um dado *locus* de trabalho ou observação.

Denis (2014) também aponta, para o caráter contextual da análise de políticas. Esses autores assinalam que a análise de políticas é um aspecto da formação política que vai além do conhecimento formal e das evidências. Faz-se necessário observar as competências atitudinais dos agentes envolvidos e considerar a realidade onde é constituída a política. A capacidade de estabelecer e implementar uma política está diretamente influenciada por fenômenos como a globalização, os ciclos econômicos, avanços tecnológicos, as políticas do País e novas tendências da Administração Pública.

Para analisar a política Mais Médicos, transitaremos entre o modelo analisador de Bowe, Ball e Gold (1992) e as contribuições do modelo de análise de políticas de Denis. Para esses autores, a política se divide em texto e discurso. Texto é o que é produzido nos documentos oficiais, produtos inacabados que geram múltiplos níveis de tradução e interpretação. Discurso resulta das disputas de poder, pelo controle de recursos e do discurso em termos de vantagem e legitimidade.

### Triângulo e mosaico na coleta de dados

Modelo analisador do Mais Médicos, adaptado do diagrama de Ball

Seguindo as premissa e estratégias de análise de Bowe, Ball e Gold (1992), a análise da política Mais Médicos no Brasil, a coleta de dados foi realizada em três momentos:

1- Desde o Contexto da Influência – procuramos saber desde quem a política surge, quais os interesses em jogo, como jogam esses agentes para influenciar o surgimento da política, como os discursos são construídos com base no interesse desses autores.

2 - Contexto da produção de texto – são os textos gerados por essa política, as leis, as portarias, os pronunciamentos formais, como são produzidos esses textos, quem os produz, quem os valida, como são disseminados.

3 - Contexto da prática – como essa política se deu na prática, quem a produziu no território, quem e como foi repensada e organizada; quem a legitima, quem resiste a ela.

#### Definição as categorias de análise

As categorias de análise são pontos de partida do pesquisador para a entrada no campo, com base na literatura e a relação que se estabelece entre pesquisador e objeto. Essas categorias são ressignificadas com suporte no diálogo com o campo. Algumas vezes são confirmadas ou totalmente ausentes do processo. Partimos de algumas categorias já apontadas na revisão de literatura e fomos reconstruindo desde o campo.

### 1. Processo de trabalho

- Inclusão (p. ex: aumento das consultas, aumento de exames e encaminhamentos, aumento das visitas de campo).
- Gestão (p. ex: diminuição das filas, diminuição de encaminhamentos desnecessários).
- Gestão da Clínica.
  - Como lidar com a agenda (acolhimento e avaliação de risco) e programação.
  - Gestão de encaminhamento e profissional de referência.
  - Instrumentos e arranjos de intervenção: consulta individual, grupo, visita domiciliar, atendimento supervisionado, protocolos e diretrizes clínicas.
  - Gestão de fluxos de serviço, regulação.
  - Coordenação de caso.
  - Intervenção terapêutica ampliada e compartilhada
- Gestão do trabalho médico.

- Relação interprofissional.
  - Gestão do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional.
- Ética do trabalho em equipe.
- Supervisão, formação em serviço, educação permanente.
- Tenda invertida.
- Relação ensino e serviço.

## 2. Inovação

- Capacidade Adaptativa
  - Reinvenção da inovação.
  - Adequação ao contexto.
- Mútua aprendizagem.
  - Novas estratégias de formação
  - Sistemas pensantes e de aprendizagem
- Potencial de transformação.
- Adequação do contexto a inovação.
- Capacidade receptiva.
  - Inércia/resistência

## 3. Arranjos políticos:

- Agenda.
  - Capacidade de influencia
- Relações de Poder.
  - Grupos de influência
  - Agenda oculta
- Negociação.

## Fases da Coleta de dados

- a - Após a definição das categorias prévias, elaboramos um roteiro de entrevistas e de observação de campo, seguindo os três contextos de Ball. A análise documental e os vários recortes de jornal, pronunciamentos, leis e documentos dos ministérios implicados foram analisados no contexto da produção de textos. Os vários agentes foram entrevistados, seguindo as fases do ciclo da política, desde quem faz *lobby* para a entrada do tema na agenda política, grupos de interesses contrários e favoráveis, pesquisadores e autoridades diretamente implicadas no desenho da política.
- b - As entrevistas foram organizadas em roteiros direcionados aos agentes-chaves. 1. Roteiro de entrevista para autoridades, estaduais e federais envolvidos no desenho e implantação do Programa. 2. Roteiro de entrevista para os médicos do Programa “intercambistas” e brasileiros. 3. Roteiro de entrevistas para os profissionais de saúde envolvidos no processo e usuários. 4. Roteiro de entrevista para pesquisadores acompanhando o PMM. 5. Roteiro de entrevista para presidentes de conselhos e associações médicas. 6. Roteiro de entrevista para o representante da OPAS/OMS.
- c - O último contexto trata da implementação propriamente dita. Estudo de caso foi realizado no Estado do Ceará, cuja metodologia será descrita a seguir.

## O estudo de caso

Segundo Yin (2001),

[...] estudo de caso é: uma estratégia empírica para investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (p. 1267).

A escolha do estudo de caso decorre do percurso do ciclo de políticas que deve incorporar a fase da implementação e seus efeitos, considerando que análise de contexto e observação *in loco* são fundamentais para se entender o desdobramento de uma intervenção política. Optamos por nos focar na região Nordeste, pela familiaridade e pelo Estado do Ceará ter sido um dos mais engajados na contratação de médicos cubanos. Ademais, a região Nordeste é considerada uma das mais pobres e desiguais do País, contrastando bolsões de riqueza e pobreza em um mesmo espaço geográfico, traçando um quadro de comparação interessante para a observação do terreno de prática.

A escolha das cidades foi definida com base nos supervisores contatados e em critérios previamente definidos no planejamento da pesquisa. Foram observados os trabalhos de dois supervisores distintos, sendo entrevistados os participantes de suas supervisões, secretários de saúde desses municípios e participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, trabalhadores da atenção primária. Os critérios utilizados para a escolha do campo, além da participação dos supervisores, foram os seguintes:

Garantia de observação em loco do trabalho das equipes sem interferências externas (políticos, técnicos da coordenação do programa e outros);

Acordo da equipe em participar da investigação;

Garantia de confidencialidade e possibilidade de retorno ao município dos achados da pesquisa de modo sistemático;

Existência de unidades de saúde que tenham recebido e estejam se utilizando dos serviços dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos;

Unidades distintas, considerando as diferenças de equidade (municípios com IDH baixo e IDH alto).

### **Ceará – Estado da Região Nordeste - motivos da escolha**

O Estado do Ceará tem uma população de cerca de oito milhões de habitantes, denotando um quadro desigual na distribuição de profissionais, apesar de ter uma cobertura de saúde da família nas cidades –exceto a capital - de quase 70%. Na distribuição de médicos, expressa o maior número de municípios cobertos, perfazendo o total de 846 médicos do Programa. Historicamente, o Ceará foi que iniciou o Programa de Saúde da Família no Brasil e criou a ideia do agente comunitário de saúde, disseminada por todo o País. Seu sistema de saúde experimenta muitas inovações, algumas delas com sucesso. Foi o primeiro Estado a assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e um dos primeiros a tentar um processo de regionalização mediante a criação de microrregiões de saúde. É o Estado de origem da pesquisadora principal, o que facilita as conexões políticas e técnicas necessárias para a investigação de campo, por um lado, mas que obrigam um estranhamento do familiar tão falado pelos antropólogos (DA MATTA, 1978).

**Quadro 1.** Síntese dos momentos, documentos, atores e métodos que compuseram a Coleta de dados

	<b>Contexto da produção de textos</b>	<b>Contexto da Influência</b>	<b>Contexto da prática</b>
<b>Documentos</b>	Política, portaria, lei, vídeos oficiais, pronunciamentos das autoridades (presidente, ministros etc).	Artigos de jornais de circulação nacional e estadual; documentos de associações profissionais a respeito do Programa e relatório de pesquisa.	Observação de campo, sala de situação da unidade, diário de campo.
<b>Agentes</b>	Relator do PMM na Câmara Federal Coordenadores nacionais do programa Idealizadores do PMM Ministros da Saúde atual e o da implantação Representante da OPAS no Brasil e seus representantes.	Presidentes do CFM, CRM dos Estados pesquisados; Secretários Municipais e técnicos das secretarias estaduais e municipais da área da gestão do trabalho e educação; Pesquisadores que estão envolvidos em projetos de avaliação ou acompanhamento do PMM.	Coordenadores da atenção básica dos dois estados e dos municípios escolhidos; Supervisores do programa do campo; Assessores das cidades escolhidas; Gestores municipais das cidades escolhidas; Profissionais de saúde que fazem parte das equipes do PMM; Médicos cubanos e não agentes-cubanos.
<b>Métodos a serem utilizados e análise de textos/análise do discurso</b>	Análise documental e entrevistas com autoridades e idealizadores.	Entrevistas com atores chaves desses contextos de influência mencionados.	Entrevistas em campo e observação de cenário registrada em diário de campo, dados de produção dos serviços.

**Fonte:** Elaboração própria.

Para o trabalho de campo, foi escolhido o Município de Caucaia, que fica na Região Metropolitana de Fortaleza e o Município de Parambu, por ter um dos maiores contingentes de médicos cubanos, ter uma distância significativa da Capital e ter como supervisor um médico de família, diferente do supervisor do primeiro município - Caucaia - que era pediatra e professor da Universidade. Considerando o interesse do projeto em focalizar o trabalho médico, a diferença de formação dos supervisores importava para obtenção de dados importantes para a análise.

Foram observados os trabalhos de dois supervisores de campo durante algumas semanas, voltando com eles algumas vezes para acompanhar a supervisão propriamente dita. O campo possibilitou a obtenção de dados muito importantes inexistentes na literatura consultada, o que motivou mudanças nas categorias de análise previamente delineadas. As várias leituras dos diversos agentes trouxeram à tona novos dados que modificaram o quadro. O triângulo inicialmente delineado foi se modificando e assumindo outras formas geométricas que transformaram hipóteses, previamente formuladas ou pressupostas em um mosaico brilhante com vários formatos luminosos. Embora os entrevistados

iniciais demonstrassem os aspectos fundamentais da criação de um programa dessa envergadura, ao percorrer os vários contextos da pesquisa, emergiam as controvérsias na relação Cuba Brasil e do programa de internacionalização do trabalho médico; inovações desconhecidas na educação permanente como estratégia de aperfeiçoamento da gestão do trabalho foram desvendadas, além da dimensão cultural e aspectos de aprendizagem de uma cooperação técnica que agrega as implicações da convivência de modelos de sociedade distintos.

Na observação de campo, uma mistura de sertão e aridez de uma metrópole se confundia com o transitar de agentes diversos em uma realidade dura e bela ao mesmo tempo. Foram experiências de organização de unidades, supervisões distintas, cubanos atordoados com uma medicina de mercado que se instaura no País, o apelo da tecnologia, estradas carroçáveis, unidades sucateadas onde o mato toma de conta de escola, estrangeiros e brasileiros que convivem de modo tranquilo longe das polêmicas nacionais.

## **Resultados**

Todo um trabalho de busca e reflexão foi iniciado ao percorrer, por meio de documentos e entrevistas, a movimentação social para a produção da política e seu texto oficial, procurando entender o que pensam os agentes no campo da criação e como e qual foi a mobilização para que essa política se estabelecesse. A seguir, foram comparados os dados obtidos com a análise do campo de prática, que é onde a política se materializa como política propriamente dita. Nesse movimento de idas e vindas, contexto de prática e de interesse, a metodologia permitiu aos pesquisadores transitar pelas dimensões da cultura – acompanhando as intervenções e vivências de um determinado grupo de agentes responsáveis pela produção da saúde onde ela é mais radicalmente sentida. Por outro lado, permitiu visualizar como um programa é gestado nos bastidores, nas entrelinhas do processo político, como dialogam com os atores, como entram em conflito, como um projeto é decidido e quem decide sobre ele. Permitiu, ainda, visualizar como os pesquisadores e os formuladores se organizam em esforços conjuntos ou se enfrentam no terreno da disputa da verdade; e, finalmente, permitiu ainda a formação de um mosaico com muitos elementos para reflexão sobre como as várias dimensões do trabalho médico foram afetadas por uma cooperação entre países no seio desse programa.

## **Considerações finais**

A descrição do percurso metodológico vivido, muitas vezes fugindo do planejado, foi um aprendizado muito importante para o estudo da implementação de políticas, especialmente as de saúde. Discorrer sobre o marco conceitual uti-



lizado, os usos e desvios da metodologia, os possíveis efeitos de uma estratégia de coleta de dados para uma pesquisa, pretende ser uma contribuição para os pesquisadores da área de políticas de saúde. A contribuição fundamental deste capítulo foi de alertar os pesquisadores da área de políticas que devem estar abertos para ouvir e observar a realidade, mudar seus rumos, se necessário, para poderem responder às perguntas que os motivaram a investigar pontos relevantes como o relacionado ao Programa Mais Médicos, sem deixar de relacioná-los às polemias da vida cotidiana ou pelos problemas que afetam determinada população.

Infelizmente, as histórias vividas pelos pesquisadores, as surpresas de cada passo, os erros e acertos de cada empreitada não são passíveis de descrição aqui. Teríamos que ter muitos outros capítulos para descrever o que nos afeta ao colocar o pé na estrada como os *griots* e o que marcamos no corpo depois de uma interação com o campo.

A metodologia bem planejada, revisitada muitas vezes, ancorada na literatura e no olhar cuidadoso dos pares, nos alimentou o tempo todo, mas muitas vezes não foi suficiente para resolver algumas questões inesperadas. De qualquer maneira, ajudou muito a adoção de uma atitude flexível, que desse a abertura suficiente para captar algumas nuances não esperadas - surpresas - e poder responder a perguntas fora do planejado para entender o que caracterizou o Programa Mais médicos. Só assim, foi possível entender o movimento contínuo e o caráter inovador do Programa, na área da gestão do trabalho e os meandros dos problemas que interferem na implantação de uma Política neste campo do conhecimento e de práticas.

### Considerações Éticas

Este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A proposta de pesquisa em tela respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estavam em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Para o estudo de bancos de dados secundários foram obtidas as permissões das autoridades responsáveis. Reiteram-se que, no estudo qualitativo, as identidades dos sujeitos estarão mantidas em sigilo, e as pessoas foram informadas verbalmente dos objetivos e, além disso, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para utilização do som de voz para fins de pesquisa, ambos em duas vias, que foi lido e assinado. Para o estudo de bancos de dados secundários, serão obtidas as permissões por escrito das autoridades.

## Referências

- BAPTISTA, T.W.F; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F (Org.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Ed Rede Unida. 2015.
- BOWE, R; BALL, S; GOLD, A. *Reforming education and changing schools: case studies in Policy Sociology*. London: Routledge, 1992.
- CAMPOS, G W S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, v 19, n 54, p 641-642, 2015.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2008. 220 p.
- DA MATTA, R. O ofício do etnólogo ou como ter “antropological blues”. In: NUNES, E O. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores, 1978. p.23-35
- DAL POZ, M.R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, Oct. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2013001000002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001000002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 maio 2017.
- DENIS J., Hebert Y., LANGLEY A., LOZEAU D., TROTTIER L.H., Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev*, v 27, n 3, p 68-73, 2002.
- DENIS, J; FERLIE, E; FITZGERALD, L. *Assessing initiative to transform health care systems: lessons for the Canadian Health Care System*. Series on Health Care Transformation. Paper 1. Canadian Health Services Research Foundation: CHSRF, 2011
- DENIS, J; FOREST, P. Real reform begins within an organizational approach to health care reform. *Journal of Health Policy and Law*. v. 37, n 54, agosto 2012.
- DENIS J. *Governance challenges of public healthcare systems: A tale from the North*. Background paper for Sessão Temática 1 : Governança Efetiva para a Introdução da Cobertura e de Sistemas Universais de Saúde. In: *Fórum Internacional sobre Cobertura e Sistemas Universais em Saúde*, Ministério da Saúde Brasil, PAHO & UNASUR, Brasília, 1 e 2 de fevereiro , 2014.

FISCHER, F; MILLER, G.J. SIDNEY, M.S. (orgs.) *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. Boca Raton / London / New York: CRC Press, 2007. pp. 137-148.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975- 1976)*. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. 18ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 2007a.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. Policy Science and Policy Cycles. In: HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying public policy: policy cycles and subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 2-19.

KEMPER E., MENDONÇA AVM., SOUSA MF. Programa Mais Médicos: panorama de produção científica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v 21, n 9, p 2785-2796, 2016.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação Sociedade* (Campinas) v. 27, n. 94, p 47-69, jan/abril 2006.

MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo (SP): Hucitec, 2012.

PAHO/OMS. *Propuesta para evaluación de impactos Proyecto Mais Medicos*, 2013.

PASSOS, E; BARROS, R.B.A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicol. Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PEGO, R.A. *Análises, acompanhamento e avaliação: Proposta de linhas de trabalho no marco da Cooperação do Programa “Mais Médicos”*. Mimeo. Fev. 2014.

RODRIGUES, R.B; SILVA, N.C; ROCHA, T.A.H. Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família. In: XXXIV Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 25 a 29 de setembro, 2010.

SCHEFFER, M. Para muito além do programa Mais Médicos. *Debatedores. Ciência e Saúde Coletiva*, v 21, n 9, p 2664-2665, 2016.

TASCA, R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. in: BRASIL. Con-

selho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS DEBATE: Caminhos da Saúde no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

TEMPORÃO, JG. Para onde vai o SUS? in: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS DEBATE: Caminhos da Saúde no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

WANDELLI R. Entre pergaminhos humanos e bits eletrônicos – o livro na era do computador. *Escritório do Livro*. 2000. Disponível em: <[www.escriitoriodolivro.com.br/leitura/raquel.php](http://www.escriitoriodolivro.com.br/leitura/raquel.php)> Acesso em 28 de maio 2017.

WHO. *A universal truth*. No health without workforce. II Global health workforce alliance. 2014. Disponível em: < [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport\\_summary\\_En\\_web.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_En_web.pdf)> Acesso em 22 de abril 2015.

WHO. *Not enough here, too many there*. Country Office for India. 2007

WHO. *Human resources for health: foundation for universal health coverage and the post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil*.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre (RS): Bookman editora, 2015.

## CAPÍTULO 3

# ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE O MANEJO DA CRISE SUICIDA EM IDOSOS

*Selena Mesquita de Oliveira Teixeira / Francisca Verônica Cavalcante  
Ana Célia Sousa Cavalcante / Cidianna Emanuely Melo do Nascimento  
Francisca Regina Amorim Franco / Valquíria Pereira da Cunha*

### Introdução

Considerando-se a informação de que metade das pessoas que efetivaram o suicídio tinham sido consultadas por um médico nos seis meses que antecederam sua morte, e de que 80% buscaram auxílio médico no mês anterior ao suicídio (BOTEGA, 2007), entende-se que os esforços para a prevenção do comportamento suicida em todos os seus níveis de gravidade extrapolam os conhecimentos da Psiquiatria e da Psicologia. É um fenômeno complexo e multideterminado, razão pela qual sua prevenção deve ser fundamentada nos fatores de risco e proteção relacionados, necessitando da junção do conhecimento produzido por profissionais de áreas diversas do saber.

As inúmeras possibilidades de contribuição desses profissionais para a redução dos índices de tentativas de suicídio e suicídio no Brasil e no mundo podem ser ampliadas mediante sua qualificação para avaliar o risco de iniciativas dessa natureza, o que requer a realização de mais estudos em profundidade sobre o tema, com o intuito de fundamentar seu treinamento e sensibilização.

De fato, há uma lacuna na formação dos profissionais da saúde no que tange aos estudos da “suicidologia”. Muito do que já se sabe envolve registros estatísticos e a identificação de alguns fatores de risco. Para supri-la, torna-se fundamental a ampliação do foco de investigação, pois conhecer os aspectos que bartram a avaliação *do* risco e o manejo da crise suicida por parte dos profissionais pode constituir uma grande meio para se estabelecer estratégias de prevenção mais precisas. Nesse sentido, ante os propósitos deste capítulo, considera-se a verificação do risco de suicídio um grande desafio no contexto da saúde pública, fator primordial para a prevenção do suicídio.

Este módulo de livro traz as dificuldades enfrentadas pelo profissional de saúde no manejo de pessoas idosas em crise suicida. Tem como objetivo principal compreender as dificuldades de profissionais da saúde no manejo da crise suicida de idosos e como objetivos específicos conhecer a que os profissionais da saúde atribuem o fato de pessoas idosas tentarem dar cabo da própria vida; avaliar as condutas adotadas pelos profissionais da saúde no atendimento ao idoso que tentou suicídio; identificar as dificuldades encontradas pelo profissional da saúde para detectar, avaliar e encaminhar casos de pessoas idosas em risco de suicídio; e averiguar se há, por parte de profissionais de saúde, a utilização ou não de manuais de orientação para prevenção de suicídio.

As diversas maneiras como o ser humano lida com a morte e com o morrer dizem respeito ao tempo histórico e ao espaço social e cultural a que pertence. Na atualidade, a dificuldade em lidar com esse duplo problema, particularmente no Ocidente, não se restringe aos profissionais da saúde do Piauí, ou mesmo do restante do Brasil.

Parafraseando Elias (2001), para os ocidentais na atualidade a morte é interdita, é um tabu. A problematização deste capítulo recai sobre o manejo da experiência de pessoas (con)vivendo com um tipo de morte ou na iminência de morte específica, isto é, por suicídio, ou das nuances de pensamentos sobre viver ou morrer, notadamente ideias e tentativas de suicídio, nos dizeres de Minayo, Figueiredo e Silva (2016) e Botega (2015), por profissionais da saúde.

Dessa perspectiva, considera-se a contribuição de uma diversidade de autores que estudam a temática do suicídio, destacando-se para este capítulo principalmente os estudos de Minayo (2016) e Minayo et al. (2011, 2013). Dialoga-se diretamente com o livro “Comportamento suicida de idosos”, em cujo capítulo dedicado à metodologia e teoria as autoras (MINAYO; FIGUEIREDO; SILVA, 2016) explicam a importância da formação de profissionais para ouvir, manejar e prevenir os riscos que levam uma pessoa idosa a planejar ou a tirar a própria vida, dentre outras contribuições versando sobre metodologias de pesquisa qualitativa em saúde e, especificamente, acerca de ideias, tentativas e suicídio de idosos.

## Metodologia

A estratégia metodológica para a operacionalização da pesquisa foi um trabalho de campo, do qual participaram pesquisadores e profissionais que atuam nos cuidados ou no atendimento da pessoa idosa que tentou suicídio. Desenvolveu-se uma investigação qualitativa de natureza exploratória e descritiva. Em função de a pesquisa em tela ser de cunho qualitativo e interdisciplinar os

métodos e técnicas da entrevista e do trabalho de campo seguem a perspectiva etnográfica (MALINOWSKI, 1976).

Os dados avaliados emergem da pesquisa intitulada “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública” (MINAYO et al., 2013), desenvolvida de 2013 a 2015 com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e financiada pelo Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

Interessam a este capítulo, sobretudo, os cuidados no atendimento da pessoa idosa que tentou suicídio na perspectiva de profissionais que fazem esse tipo de atendimento em duas cidades do Piauí. A coleta de dados ocorreu por meio da utilização de roteiros retirados do Manual da Pesquisa “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública” (MINAYO et al., 2013), abrangendo ficha de identificação e roteiro de entrevista semiestruturada, contendo informações que permitiram organizar as narrativas de quatro profissionais que atuam em dois municípios do Estado do Piauí, Teresina e Piri-piri (uma educadora, duas psicólogas, uma enfermeira). O campo da pesquisa concentrou-se em tais municípios, por apontarem os índices mais elevados sobre a problemática em foco.

Os profissionais, baseados em suas experiências, discorrem sobre o fato de pessoas idosas tentarem se matar, descrevem como identificam a ocorrência de ideação e tentativas de suicídio nos idosos aos quais atendem, e falam sobre o tipo de conduta adotada e a quais instituições recorrem para o atendimento a uma pessoa idosa que tentou suicídio ou tem ideações intensas e persistentes. Também citam as dificuldades encontradas para detectar, avaliar e encaminhar casos de pessoas em risco de suicídio, e fazem considerações acerca da necessidade de condições propícias para as redes de serviço, assistência social ou segurança pública atenderem aos idosos em situação de risco de suicídio. Referem, ainda, os principais problemas da rede, apontando possibilidades de atuação dos serviços (rede) para prevenir os sofrimentos extremos que levam as pessoas idosas a quererem dar fim a sua vida. Por fim, posicionam-se em relação ao conhecimento e utilização do manual de orientação aos profissionais para atender às pessoas em risco de suicídio.

O método hermenêutico-dialético foi utilizado para análise do material colhido, possibilitando uma visão ao mesmo tempo compreensiva e crítica das falas. Em observância aos aspectos éticos que norteiam a realização de pesquisa com seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz.

Apresentam-se a seguir narrativas de quatro profissionais da saúde atuantes em serviços de saúde do Estado do Piauí. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista semiestruturada, abordando os tópicos: dificuldade na avaliação e encaminhamento dos casos com risco de suicídio; conduta dos profissionais da saúde frente à crise suicida; e preparação desses profissionais para trabalhar com a prevenção do suicídio.

### **Dificuldade na avaliação e encaminhamento dos casos com risco de suicídio**

A entrevista com os participantes possibilitou a identificação de alguns posicionamentos profissionais inadequados no que se refere à prevenção do suicídio, entre as quais o encaminhamento ineficiente, a falta de conhecimento e capacitação para lidar com a temática e a necessidade de dar conselhos e soluções prontas.

A maior dificuldade mencionada pelos entrevistados foi a falta de capacitação e treinamento para atender a pacientes em crise suicida, o que resultava em insegurança e, por conseguinte, encaminhamento imediato dos casos. A pouca preparação dos profissionais da saúde ficou evidente no seguinte trecho:

Eu acho que é a parte de capacitação que está faltando. Até pela própria gestão que não se volta para o problema, e é porque esse índice de suicídio em Piripiri, já é altíssimo. E eu acho que os profissionais daqui nunca se voltaram para a gravidade, nunca fizeram atividades de prevenção. (PROFISSIONAL 1).

A falta de formação e, por vezes, de interesse sobre o tema ficou evidente quando questionados sobre o conhecimento a respeito de algum manual de prevenção do suicídio e sobre suas estratégias de prevenção. Todos os entrevistados afirmaram que não sabiam da existência desses materiais. O desconhecimento do assunto ficou ainda mais evidente quando os profissionais listaram os fatores de risco associados ao suicídio de idosos. Nesse momento da entrevista, a maioria dos profissionais simplificam o fenômeno, descrevendo-o como um problema de causas únicas. Essa relação causal ficou explícita na fala a seguir: *“E o problema dele, foi porque separaram ele da esposa, porque ele estava com problemas de família. Ele tentou se enforçar.”* (PROFISSIONAL 1).

Os profissionais desconhecem o passo a passo para avaliação do risco de suicídio e só percebem a demanda quando ela é manifestada de modo explícito



pelo paciente, em geral, quando existem registros de tentativas de suicídio anteriores. Quando questionados sobre as modalidades de identificação da ideação e da tentativa nas pessoas às quais atendem, afirmaram que não fazem perguntas exploratórias sobre desejo suicida e que não existe nenhum cadastro ou ficha de avaliação que conduza a investigação apropriada da demanda.

Estratégias de capacitação e treinamento profissional para o manejo da crise suicida podem amenizar a insegurança dos profissionais e estimulá-los a se importarem com o problema. Essas estratégias devem eleger como embasamento a sensibilização para identificar fragilidades subjetivas (SILVA et al., 2016).

Os resultados também apontam que uma das principais dificuldades enfrentadas na identificação do risco de suicídio em idosos piauienses decorre do fato de os profissionais de saúde associarem que a tristeza e o isolamento social são questões naturais da velhice, inferência que requer uma ressignificação sobre os estereótipos relacionados a velhice. Os profissionais reforçaram que uma das barreiras para detectar o risco está na não abertura para falar de si e na dificuldade de estabelecer vínculos mostrada pelos idosos.

Outro ponto de destaque na análise das entrevistas refere-se à constatação de que atividades desenvolvidas em prol da saúde e do bem-estar dos idosos, muitas vezes limitam-se às questões físicas e ao adoecimento biológico, como pode ser observado na fala de uma enfermeira, após ser questionada sobre as estratégias utilizadas para detectar o risco de suicídio e manejar a crise suicida: *“A gente faz muita palestra voltada pra isso, atividade física, a gente faz muito de atividade física. São palestras voltadas pra eles, já fizemos sobre a própria doença, hipertensão, diabetes, alimentação saudável e também a parte do isolamento, né?”* (PROFISSIONAL 1).

O manejo da crise suicida não pode se restringir à melhoria da condição física e não deve ser realizado em nível teórico e educativo. Um manejo efetivo pressupõe disponibilidade e receptividade do profissional para o acolhimento da dor. Em sua atuação, deve ainda se comportar de maneira ativa, contatando familiares, profissionais que acompanham o paciente e sua rede de apoio.

Quando questionados sobre a conduta adotada no atendimento a uma pessoa idosa que tentou suicídio ou que tem ideias intensas e persistentes, todos os profissionais afirmaram que faziam encaminhamentos para outros serviços de saúde. Na maioria das vezes, não houve confirmação a respeito do encaminhamento efetivo e da continuidade do tratamento da pessoa em risco, como exposto no trecho que segue:

[...] a gente sente um pouco essa dificuldade. De encaminhar nem tanto, porque, graças a Deus, aqui tem profissionais e tem

serviços, né, que a gente pode estar encaminhando e que ajudam bastante. Mas é um pouco difícil a gente saber realmente quando eles estão frequentando. Eu creio que... Assim, ESF eu não digo nem tanto, porque a gente ainda precisa de um preparo maior, mas esses centros, como o CRAS, CREAS, eles têm psicólogos, né? (PROFISSIONAL 1).

Observou-se, também, uma tendência eventual de atribuírem a responsabilidade dos cuidados do paciente em crise suicida apenas aos profissionais de saúde mental. Esse tipo de comportamento simplifica o fenômeno do suicídio, desconsiderando sua complexidade e a multiplicidade de fatores de risco envolvidos.

A gente pede para a família levar a um psiquiatra, assim com todo jeito, porque nós não podemos chegar e dizer que ele tem isso, ele está tendencioso a isso, tenha cuidado... porque estaríamos aí colocando algo de outra área, mas a gente orienta para procurar um especialista na área. (PROFISSIONAL 3).

É válido ressaltar que nenhuma área do saber é capaz de dar conta desse fenômeno em sua completude. Seria um ato pretensioso e insensato depositar a responsabilidade de trabalhar a prevenção do suicídio apenas sobre os profissionais de saúde mental. Entende-se como essencial que o suicídio seja visto em sua complexidade e tratado de maneira multidisciplinar. Por essa razão, o trabalho interdisciplinar é fundamental para a compreensão desse fenômeno. A integração da equipe de saúde permite que diversas áreas do saber se unam em prol da saúde mental e prevenção do suicídio. O trabalho deve ser realizado em rede, com profissionais de outras áreas (SILVA et al., 2016; WERLANG, 2013).

Ficou evidente, no entanto, que o funcionamento desses serviços em uma rede integrada de saúde ainda é falho, principalmente pela maneira ineficiente como os encaminhamentos são feitos e pela falta de acompanhamento dos profissionais que os providenciaram. A fragmentação dessa rede foi elucidada nas narrativas a seguir:

A gente faz o encaminhamento do paciente, agora para o paciente ser atendido pelo outro serviço demora um tempo. Não é assim rapidamente, por exemplo, o centro de saúde, que é um centro de especialidades, que tem lá no município, para você conseguir uma consulta com o psicólogo, você demora um torno de dois meses (PROFISSIONAL 2).

Aí a gente vê muito idosos, aí a gente fica assim... simplesmente a gente coloca naquela lista do hospital que a gente encaminha, e se eu te disser que ano passado nós colocamos uma idosa de 80 anos, até hoje não ligaram para arrumar a vaga para ela. Aí a gente fica como o dito popular “de mãos atadas” para dar continuidade ao processo (PROFISSIONAL 3).

Infelizmente a gente ainda está tentando fazer a referência e a contrarreferência que não existe, então quando sai daqui, a gente só sabe que saiu, não tem a contrarreferência. Olha eu acredito que não é falta de conhecimento, é compromisso! Falta compromisso por parte de quem está à frente dessas instituições, porque a gente sabe que a rede existe, mas não está funcionando (PROFISSIONAL 4).

Como estratégia para amenizar a angústia de deparar o sofrimento do outro, os profissionais recorreram à emissão de conselhos para de solucionar rapidamente a causa do sofrimento. Tal atitude pode ser vista no relato a seguir:

Com relação a esse relato que ela fez no grupo, eu tentei fazer orientações, com relação a questão da vida, a valorização da vida, tentando mostrar pra ela não só o problema dela, mas que a vida dela tinha também outros direcionamentos, que ela utilizasse a energia dela mais direcionada (PROFISSIONAL 2).

A necessidade de apontar caminhos e apontar soluções para o problema ficou evidente nos discursos de todos os profissionais entrevistados. Para amenizar o próprio desconforto gerado pelo contato com a dor do outro, a emissão de frases confortantes e de opções para resolver o conflito é reação comum.

Os profissionais de saúde são agentes fundamentais na prevenção do suicídio, à medida que, quando bem treinados, podem avaliar adequadamente o risco de suicídio em seus pacientes. A identificação precoce do risco poderá auxiliar na redução das mortes autoinfligidas (SOUSA et al., 2016).

### **Conduta dos profissionais da saúde ante à crise suicida**

O reconhecimento do risco de suicídio por parte dos profissionais requer conhecimentos específicos e sensibilidade para identificar e lidar com o sofrimento do outro e, sobretudo, com sua intenção de não mais viver. Torna-se, então, imprescindível uma atuação profissional empática e baseada em um vín-

culo de confiança com o propósito de abordar conteúdos ainda impregnados de dor (SILVA et al., 2016).

A conduta profissional adequada precisa obrigatoriamente superar o tabu que ainda envolve a problemática do suicídio. Tratar eticamente o tema pode ajudar a quebrar o silêncio que contribui para manter a atitude passiva do profissional. Em contrapartida, uma busca ativa dos casos de pessoas em risco e uma abordagem livre de preconceitos e julgamentos possibilitam uma comunicação aberta entre profissional e paciente, além de facilitar a expressão autêntica de sentimentos (SILVA et al., 2016).

Comumente, por medo de ser censurada pelo profissional, a pessoa em sofrimento camufla ou distorce sua dor, a fim de se sentir aceita pela equipe de saúde que o acompanha (SILVA et al., 2016). Essa relação fica evidente no seguinte relato:

A dificuldade maior é justamente o silêncio, a dificuldade maior é essa, porque eles não se sentem à vontade para falar sobre essas questões. E geralmente o vínculo não se estabelece, nem com o psicólogo nem com outro profissional. Eu acredito que é justamente isso, a vergonha de falar sobre a situação porque é um tabu. Existe o medo da discriminação. Existe um certo preconceito, eu acho que isso interfere (PROFISSIONAL 2).

Angerami-Camon (2003) alerta para a calosidade profissional, posição de insensibilidade e indiferença ao sofrimento do outro, comum após anos de prática profissional. Ao negar a dor dos seus pacientes, o profissional aciona mecanismos defensivos para não deparar os próprios sofrimentos. Outro ponto em evidência refere-se à atuação profissional fragmentada, isto é, centralizada no modelo biomédico. Esse modo de atuação impossibilita a avaliação real do risco de suicídio, tendo em vista que se trata de fenômeno complexo e multideterminado, requerendo uma avaliação contextual que supere o adoecimento físico (SILVA et al., 2016).

Além da preparação técnica para trabalhar com a prevenção do suicídio, o profissional de saúde precisa estar disponível emocionalmente. Essa disponibilidade consiste na capacidade de ouvir efetivamente o sujeito em sofrimento, embora preservando um distanciamento respeitoso da dor do paciente com o intuito de evitar seu envolvimento emocional ao ponto de desestabilizá-lo para executar de sua função (ANGERAMI- CAMON, 2003; SILVA et al., 2016).

A morte por suicídio corresponde a uma transgressão das regras sociais de manutenção da vida a qualquer custo existentes na sociedade contemporânea. Assim, cuidar de pessoas que escolheram voluntariamente morrer pode signi-

ficar um grande desafio aos profissionais de saúde (BERENCHTEIN NETTO, 2013). O estigma e a discriminação associados à temática do suicídio funcionam como obstáculos para a identificação precoce do comportamento suicida. O tabu em torno do processo de morte e de morrer torna-se evidente ante o incômodo e despreparo da equipe de saúde para lidar com tais demandas (FIGUEIREDO, 2012; RIGO, 2013).

Em razão disso, não medem esforços para desenvolver novos medicamentos e tecnologias para prolongar a vida, mesmo em condições indignas. No entanto a pessoa que tenta suicídio, no entanto, contrapõe essa lógica, colocando à prova as condutas e procedimentos que negam a morte. A manutenção desse tabu reflete negativamente na qualidade do trabalho do profissional de saúde (BOTEGA, 2015). Essa falta de disponibilidade emocional e técnica para lidar com a morte autoinfligida pode ser observada no relato mencionado:

Todos se sensibilizam, mas não sabem, não têm manejo, não sabem como lidar da maneira correta. Até porque hoje em dia é um tabu falar sobre suicídio. Você vê que quando acontece um caso de suicídio fica todo mundo sem saber o que fazer. Só falam daquela situação, passam por aquele momento difícil, complicado, mas ninguém age (PROFISSIONAL 4).

Desse modo, o trabalho com o paciente em risco de suicídio pode ser uma experiência aversiva para muitos profissionais que mantêm tabus internalizados. O contato real com a dor do outro pode ser emocionalmente mobilizador, sendo um trabalho de tolerância (FUKUMITSU, 2014; KOVÁCS, 1992). É exatamente o medo de o paciente cometer suicídio que bloqueia o atendimento do profissional que, por vezes, dele se distancia ou o superprotege para não se sentir culpado caso o ato se concretize (BOTEGA, 2015).

Usualmente, o autoextermínio decorrente de impulsos é desencadeado por eventos negativos e do cotidiano. Nesse caso, cabe à equipe de saúde competente manejar o momento da crise e, mediante uma abordagem empática, diminuir-lhe o intento suicida. Pessoas em risco de suicídio e com esses traços de personalidade devem ser acompanhadas a todo momento por uma equipe de profissionais especializados e por familiares, pois o impulso produz ações precipitadas e irracionais (MELEIRO, 2010).

A falta de conhecimento a respeito desse tema abre espaço para julgamentos equivocados e preconceitos em relação ao paciente que tentou suicídio. Assim, é importante ressaltar que existem mitos sobre o suicídio que levam ao erro especialmente os profissionais que trabalham diretamente com a pessoa vulnerável ao ato, dentre os quais se destacam, pela relevância, os seguintes: “a pessoa

ameaça cometer suicídio apenas para manipular” e “quem quer se matar não avisa”. As colocações correspondem a ideias errôneas que funcionam como obstáculos para a prevenção do suicídio, tendo em vista que ameaças e tentativas anteriores sempre devem ser avaliadas com cautela e nunca desconsideradas, pois indicam uma necessidade de ajuda de uma pessoa em intenso sofrimento (WERLANG; BOTEGA, 2004). Meleiro (2010) observa que, por muitas vezes, a comunicação suicida precede a concretização do suicídio. A demonstração da intenção de morrer pode ocorrer de maneira direta ou indireta e inclui expressões de desesperança e intolerância, podendo também suceder de modo não verbal.

Estudos anteriores confirmam que, na maioria dos casos, o sujeito que se mata comunica de alguma maneira suas intenções antes de cometer o ato. É importante destacar o fato de que pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou cometem suicídio compartilham de algum modo suas ideias de morte com pessoas próximas (WERLANG; BOTEGA, 2004). A comunicação de pensamentos e intenções suicidas poderá equivaler ao último pedido de ajuda, que nunca deve ser ignorado. Em grande parte dos casos, as pessoas deixam transparecer sinais de alerta e fazem comentários sobre “querer morrer”, manifestando “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante (BRASIL, 2006). Esses pedidos de ajuda não podem ser desconsiderados.

Nesse sentido, uma tentativa de suicídio tem repercussões no meio social, e a reação de outras pessoas a esse evento, principalmente de familiares, amigos e profissionais de saúde, pode transformar-se tanto em fator de risco como de proteção. Mediante o risco de uma tentativa, é primordial que as pessoas próximas e os profissionais de saúde saibam reconhecer a comunicação suicida, atribuindo-lhe a devida importância e reconhecendo-a como ameaça real e oportunidade para prevenir esse comportamento, favorecendo o tratamento e a atenção necessária.

Quando o profissional não dedica esforços para compreender as entrelinhas do discurso do paciente, é bastante improvável que identifique a ideação e a tentativa de suicídio, descartando, assim, a possibilidade de prevenir o ato. A fala a seguir é representativa desse comportamento profissional passivo e desqualificado.

Pois é, geralmente são eles que relatam, no cadastro não tem uma pergunta assim específica, direta, não existe assim uma pergunta direta, o risco é percebido quando a gente identifica como profissional que aquele idoso passou por um quadro depressivo (PROFISSIONAL 3).

A estratégia é facilitar a expressão de sentimentos e tolerar a ambivalência de sentimentos do outro. Quando a agressividade escoa mediante a externalização

dos sentimentos ela deixa de ser deslocada para si, sendo uma possibilidade de prevenir comportamentos suicidas. Não se pode negligenciar a comunicação suicida do paciente. O profissional não há que temer questionamentos sobre o desejo ou planejamento suicida, pois eles são essenciais sempre que há suspeita de algum risco (FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013; BOTEGA, 2015).

Quando o risco é banalizado, a experiência pode se tornar ainda mais difícil e estressora para o sujeito. A pessoa em sofrimento psíquico torna-se ainda mais vulnerável ao suicídio ante desconsiderações dessa natureza, despontando menor tolerância ao estresse e tendência à irritabilidade, agressividade e hostilidade. O suicídio pode ser percebido como única saída para a angústia, a tristeza ou o desespero.

### Considerações finais

A proposta deste capítulo foi compreender as dificuldades de profissionais da saúde no manejo da crise suicida de idosos. Evidenciou-se que a maior parte dos profissionais dessa área jamais atendeu a idosos que tentaram suicídio, identificando-se como os maiores dificultadores no exercício de seu mister o encaminhamento ineficiente, a falta de conhecimento e capacitação para lidar com a temática e a necessidade de dar conselhos e soluções prontas.

O tabu relativo à morte deve ser quebrado, todavia os profissionais devem especialmente se apropriar dos conhecimentos sobre modos de prevenção e onde e como encontrar ajuda para os problemas vividos. A maior dificuldade relatada pelos profissionais entrevistados foi a falta de capacitação e treinamento para atender a pacientes em crise suicida, o que resultava em insegurança e, por conseguinte, no encaminhamento imediato dos casos. A falta de formação e, por vezes, de interesse sobre o tema ficou evidente quando questionados sobre o conhecimento a respeito de algum manual de prevenção do suicídio acerca de suas estratégias de prevenção.

Além de se destacar que a prevenção pode ser realmente efetiva, sugere-se que os profissionais indiquem a lista dos serviços de saúde disponíveis e as linhas telefônicas de ajuda, como o do Centro de Valorização da Vida (CVV), de modo a permitir que discussões sobre o tema também sejam uma oportunidade de fornecer ao público informações e recursos que possam salvar vidas. Estratégias de capacitação e treinamento profissional acerca do manejo da crise suicida podem amenizar a insegurança dos profissionais e estimulá-los a se importarem com o problema. Outro ponto de destaque na análise das entrevistas refere-se à constatação de que atividades desenvolvidas em prol da saúde e do bem-estar dos idosos, muitas vezes, se limitam à questões físicas e ao adoecimento.

O manejo da crise suicida não pode se restringir à melhoria da condição física e não deve ser realizado em nível teórico e educativo. Um manejo efetivo pressupõe disponibilidade e receptividade do profissional para o acolhimento da dor. Em sua atuação, há de ainda se comportar de maneira ativa, contatando familiares, profissionais que acompanham o paciente e sua rede de apoio.

Destarte, encerra-se este trabalho com o importante entendimento de que o suicídio é um processo complexo, respeitante a combinação de uma série de fatores e circunstâncias potencializadoras do risco, em graus diferentes de intensidade. Circunstâncias de vida desfavoráveis ampliam a vulnerabilidade e enfraquecem a capacidade de enfrentamento do sujeito, elevando o risco de sua concretização. Os profissionais de saúde são agentes fundamentais na prevenção do suicídio, à medida que, quando bem treinados, podem avaliar adequadamente o risco de suicídio em seus pacientes.

Recomenda-se o investimento em políticas públicas nacionais a favor da prevenção do suicídio, a capacitação das equipes de saúde para que haja melhor avaliação do risco e manejo da crise suicida, a ampliação da oferta dos serviços de saúde mental e, sobretudo, a conscientização de que o suicídio é um problema de saúde pública e necessita urgentemente de tais investimentos.

## Referências

ANGERAMI-CAMON, V.A. Sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). *Temas Existenciais em Psicoterapia*. São Paulo (SP): Pioneira Thomson, 2003.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia Clínica: capítulo I. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *O suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia, 2013. p.15-24.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção. *Com. Bras. de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 7-8, 2007.

\_\_\_\_\_. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas, 2006. Disponível em: <[http://www.cvv.org.br/downloads/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2016.



ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar Editor, 2001.

FIGUEIREDO, A.E.B et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, ago. 2012.

FUKUMITSU, K.O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, dez. 2014.

FUKUMITSU, K.O; SCAVACINI, K. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, v. 19, n. 2, p. 198-204, jul./dez. 2013.

KOVÁCS, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1992.

MALINOWSKI, B. *Os argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo (SP): Abril Cultural, 1976.

MELEIRO, A.M. A. S. Avaliação médico-psiquiátrica do risco de suicídio. *Com. Debates: Psiquiatria hoje*, ano 2, n. 5, p. 10-15, set./out. 2010.

MINAYO, M.C.S; FIGUEIREDO, A.E.B; SILVA, R.M. *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza (CE): Ed. UFC, 2016.

MINAYO, M.C.S; et al. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública*. Rio de Janeiro (RJ): Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves); Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Claves; Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 109-117, jun. 2011.

RIGO, S.C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia Clínica: capítulo III. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *O suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 30-42.

SILVA, R.M; et al. Problemas na formação que interferem nos cuidados profissionais de idosos com comportamento suicida. In: MINAYO, M.C.S; FIGUEIREDO, A.E.B; SILVA, R.M (Org.). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza (CE): Ed. UFC, 2016.

SOUSA, G.S; et al. Do real ao ideal: práticas de profissionais no cuidado de pessoa idosa em risco de suicídio. In: MINAYO, M.C.S; FIGUEIREDO, A.E.B; SILVA, R.M (Org.). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza (RJ): Ed. UFC, 2016.

WERLANG, B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia Clínica: capítulo II. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *O suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 25-29.

WERLANG, B; BOTEGA, N.J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre (RJ): Art-med, 2004.

## CAPÍTULO 4

# COMUNICAÇÃO VULNERÁVEL EM CASOS DE ALTA COMPLEXIDADE: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO E PESQUISA FONOAUDIOLÓGICA EM HOSPITAL-ESCOLA

*Regina Yu Shon Chun / Lavoisier Leite Neto*

*Viviane Fazzio Zaqueu / Ana Luíza Wuol Maia*

*Luciana Paiva Farias*

### Histórias inspiradoras de pessoas com vulnerabilidade comunicativa

*“Através dos nossos olhares compartilhados ou simultâneos para o mundo exterior a nós dois, podemos, quem sabe, fazer contato um com o outro.”*

*(RITA CHARON, 2015, p.)*

A organização deste livro e o honroso convite para contribuírmos com a experiência em pesquisa qualitativa em Fonoaudiologia, quando há grande tendência de se valorizar a pesquisa quantitativa nas Pesquisas das Práticas Baseadas em Evidências são bem-vindos nesse momento de debate contemporâneo do estado das pesquisas em saúde. O ponto comum entre os autores é o interesse na assistência, ensino e pesquisa envolvendo pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa. Falar de linguagem e de comunicação, de pessoas vulneráveis em casos de alta complexidade, do cuidado dessas pessoas implica pensar questões de subjetividade, tomada de decisões clínicas, o que significa dar atenção ao cuidado centrado na pessoa, compartilhado com sua família e outros parceiros de comunicação e possibilitar o contato de um com outro. Muitas histórias inspiraram os caminhos de vida, formação, pesquisa e prática fonoaudiológica que conduziram ao encontro dos autores neste capítulo que ora compartilhamos.

Em 2015, uma das convidadas internacionais do VI Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa ISAAC Brasil (Campinas, São Paulo) Rachel Santiago, fonoaudióloga estadunidense com expertise no atendimento de crianças hospitalizadas em situação vulnerável de comunicação, junto com algumas autoras deste capítulo, tiveram a oportunidade de conhecer um rapaz no Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina - FCM/UNICAMP, que se encontrava hospitalizado, deitado de lado com expressão apática.

Perguntamos seu nome à enfermeira chefe que nos acompanhava - “Cido”, iniciando-se assim um diálogo com ele: “*Olá Cido, tudo bem?*”. Seguiram-se perguntas e comentários que permitissem estabelecer o contato com ele: “*Cido, se você estiver nos ouvindo, olha para mim?*”. Percebe-se um brilho diferente no seu olhar, uma intenção de movimento dos olhos. Talvez a posição em decúbito lateral de quem estava há sete meses, sem que se soubesse seu nome, ganhando da equipe o apelido carinhoso de “Cido” (desapareCIDO) para que tivesse uma identidade e assim pudesse ser cuidado, não favorecesse suas respostas. Condições clínicas estáveis, mas nunca teria se comunicado nesses sete meses. Fomos informadas de que duas residentes de Fonoaudiologia tentaram utilizar pranchas de comunicação, sem sucesso. Seguimos o diálogo, seguramos sua mão e a fonoaudióloga Rachel, que não entendia português, mas pela sua experiência em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA), demonstrava compreender claramente a situação, expressando em seu olhar angústia e vontade de ajudar. Segurando suas mãos, retomamos a conversa: “*Cido, você está me entendendo? Se sim, aperte minha mão*”. Um leve movimento de aperto da mão e um movimento de levantar dos olhos nos indicaram que sim. “*Ótimo, podemos continuar nossa conversa? Cido, você sabe nos dizer se mora em Campinas?*”. Não percebemos nenhuma reação. “*Ah, será que você mora em alguma cidade aqui perto? Hortolândia, Valinhos, Sumaré?*” Fomos devagarinho, observando e aguardando qualquer reação de sua parte, nomeando outros locais, até que perguntamos se ele morava em outro bairro de Campinas, longe da UNICAMP. Discreto movimento de mão e de olhos além de uma expressão que nos pareceu uma intenção de sorriso. Em seguida, pareceu voltar ao “estado inicial”, interpretado por nós como possível cansaço pelo grande esforço em ser compreendido, uma longa conversa para quem ficou sem poder expressar sentimentos, dúvidas e medos, envolto sete meses em seus sentimentos e pensamentos. Era uma sexta-feira. Prometemos voltar na segunda-feira para continuar nossa conversa e ajudá-lo a encontrar sua família.

Ao lado, outro jovem deitado, sua mãe e um vizinho, acompanhavam atentamente a conversa com o Cido. A preocupação com um cuidado humanizado não nos permitiu sair do quarto sem também dar atenção àquele grupo tão atento. A senhora relata que o filho no começo também teve

dificuldades de se comunicar, mas já conversava e, às vezes, não lembrava de algumas palavras. Acrescentou, espontaneamente, que dia a dia sentada ali há dois meses, era a primeira vez que tinha presenciado uma reação do Cido. A pessoa ao lado, “apenas um vizinho”, como nos disse, confirmou sua fala. Ambos demonstraram certa emoção por participar daquele momento vivido pelos presentes. Ao voltarmos, na segunda-feira, descobrimos que a família viu um cartaz em uma igreja do bairro e levou Cido para casa. Fomos informadas de que como seus dados foram desconhecidos por sete meses, assim permaneceram, como tantos outros casos que se tornam invisíveis, dentre outros fatores, por sua vulnerabilidade comunicativa decorrente de variadas condições de saúde, que levam à hospitalização. O estudo de casos de alta complexidade, em que a comunicação com a equipe clínica e a família fica comprometida, constitui foco deste capítulo.

Há diversos casos reais como o do físico Stephen Hawking, retratado no cinema, filme que mostra recortes de seu longo percurso desde a descoberta da doença - Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A.), que o afetou ainda jovem e interrompeu seus sonhos, mas não o impediu de seguir adiante. O filme mostra diversas situações de vulnerabilidade comunicativa e a busca por modos alternativos de comunicação, como uma prancha de alfabeto, um dispositivo eletrônico com sotaque da língua inglesa e não britânico, como seria seu desejo, suplantado pela vontade de se comunicar. Tais exemplos constituem parte do campo da CSA, que visa a beneficiar pessoas com dificuldades de comunicação por meio de estratégias (olhar, gestos, movimentos corporais) e dispositivos de comunicação de baixa (pranchas de alfabeto ou de símbolos) a alta tecnologia (vocalizadores, computadores, *tablets* etc).

A comunicação vulnerável em casos de alta complexidade é campo de atuação e pesquisa fundamental para esse grupo populacional, mas ainda pouco difundido e explorado na literatura fonoaudiológica, particularmente, envolvendo a CSA.

### **Abordagem qualitativa em pesquisas de comunicação vulnerável e o papel da CSA**

Como exprime a epígrafe desse texto, no cuidado em saúde é necessário compartilhar olhares, se colocar no lugar do outro a fim de entender o que se passa, “em um movimento de vida produzindo vida”, de modo a ressignificá-lo e produzir novos sentidos (MERHY, 2013, p. 182). Durante muitos anos, a doença e seus sintomas se sobrepuseram em relação à pessoa, criando um espaço de conflito entre estes dois agentes (CHARON, 2015), gerando uma relação

intricada que enseja medo, desconfiança, confusão e culmina por não satisfazer a necessidade do cuidado daquele que, muitas vezes, está privado da comunicação oral num leito hospitalar, dialogar e de se posicionar ante as situações que lhe são impostas, em franca circunstância de vulnerabilidade comunicativa.

As pesquisas qualitativas são mais frequentes no campo da saúde, possibilitando dar voz às pessoas relacionadas ao universo de significados que constitui o indivíduo, os quais não podem ser quantificados (TURATO, 2005), entendendo-se que o discurso traz em si uma gama de significados, em que a palavra é a maneira de nos conectar ao mundo e expor individualidades (MINAYO, 2001). Por meio do método qualitativo, busca-se, com efeito, favorecer a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população ante as medidas e estratégias implementadas individual e coletivamente; compreender melhor sentimentos, angústias e condições de saúde das pessoas que requerem cuidados, de seus familiares e da equipe de saúde (TURATO, 2005).

Ayres (2009, p.18) entende que, a fusão entre os saberes técnicos e práticos na atenção integral à saúde permite a compreensão das expectativas das pessoas em relação aos instrumentos profissionais e, simultaneamente, possibilita que elas compreendam “[...] o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias”. Tais colocações vão ao encontro de Charon (2015), que exprime o conceito do “[...] corpo que se conta - *“self-telling body”*”, por entender que não é possível separar, a pessoa e sua história, dos seus sintomas para os cuidados necessários. Melhor entendimento dessa relação possibilita diminuir zonas conflituosas e maior e também real compreensão dos problemas para uma atenção à saúde integral e humanizadas. As pesquisas qualitativas propiciam maior aproximação com tais pontos.

No ambiente hospitalar há particularidades e muitas dificuldades emergem. É comum encontrar pessoas com necessidades complexas de comunicação, transitórias ou permanentes, que deparam equipes de saúde com pouco preparo para entendê-la e criar um meio de comunicação eficaz, tornando-a ainda mais vulnerável (BLACKSTONE; PRESSMAN, 2016) do que a própria condição de saúde já lhe proporciona. Algumas pessoas privadas da comunicação oral não conseguem expressar suas opiniões, vontades e necessidades, inclusive em relação ao tratamento ofertado, ou, muitas vezes, nem são informadas sobre seu quadro clínico, impossibilitando o exercício de sua autonomia, da tomada de decisão; tornando-as mais frágeis (THUNBERG; TÖRNHAGE; NILSSON, 2016; HUGGINS; WREN; GRUIS, 2011).

Desse modo, a falta de conhecimento em relação ao processo de internação, causada pela dificuldade de o sujeito estabelecer um diálogo com os seus inter-

locutores, desde a admissão até a alta hospitalar, se configura como barreira significativa na assistência do paciente, dificultando sua recuperação e aumentando o tempo de permanência no hospital (FARIAS, 2015). Estudos demonstram que pacientes que mantêm a comunicação, durante o período de internação, recebem menos sedação, evoluem clinicamente mais rapidamente, têm mais controle e participação no autocuidado e melhor administração da dor (HAPP et al., 2004). O comprometimento da comunicação, no entanto, se associa a menor qualidade de atendimento, menor satisfação do paciente e maiores taxas de incidentes de segurança (BARTLETT et al., 2008).

Fatores funcionais e emocionais interferem na participação comunicativa de pacientes com alterações motoras da fala, quando hospitalizados, o que enseja implicações clínicas em relação aos “métodos” adotados para avaliação e tratamento (BAYLOR et al., 2011). Na tentativa de minimizar os danos causados, algumas estratégias podem ser usadas para garantir uma comunicação mais eficiente entre a equipe de saúde e pessoas em condição de vulnerabilidade comunicativa, tais como: a) desenvolver serviços, sistemas e políticas que apoiem uma comunicação melhorada; b) dedicar tempo para a comunicação; c) assegurar o acesso adequado às ferramentas de comunicação (sistemas de chamada para acionamento de enfermeiros e recursos de comunicação); d) acesso à informações pessoais de saúde; e) colaborar efetivamente com cuidadores, cônjuges e pais; (f) e aumentar a competência comunicativa da equipe de saúde (HEMSLEY; BALANDIN, 2014).

De modo geral, em relação aos problemas de comunicação vividos por pessoas em vulnerabilidade comunicativa nos hospitais, as estratégias utilizadas pelas equipes multiprofissionais com a finalidade de solucionar esses problemas ainda são insuficientes para melhorar a saúde, a segurança e o bem-estar da população vulnerável. Se não existe comunicação possível entre o paciente, familiares e a equipe interdisciplinar, a doença e sinais clínicos se tornam, novamente, mais importantes do que o sujeito e suas necessidades; considerando que os recursos de CSA e os interlocutores (parceiros de comunicação) da pessoa vulnerável, ou seja, sua família próxima e ampliada, amigos, profissionais da saúde e da educação, também podem influenciar positiva ou negativamente na sua comunicação e participação social (CHUN et al., 2013). É importante que os profissionais compreendam de modo mais holístico as possibilidades da CSA, de modo a considerar os fatores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos de cada sujeito, para eliminar as barreiras e favorecer a sua participação no processo de recuperação e na inclusão social (LIGHT; MCNAUGHTON, 2015). Tal caminho nos leva ao desenvolvimento de pesquisas qualitativas para dar conta desses aspectos.

Pesquisas destacam a importância de se colocar a pessoa em primeiro lugar (LIGHT; MCNAUGHTON, 2013), abrindo portas e possibilidades para expansão do uso da CSA (BLACKSTONE et al., 2015) no ambiente hospitalar, com foco central no usuário e não na tecnologia, para melhor adesão uso eficaz (LIGHT; MCNAUGHTON, 2013; CHUN et al., 2015). Ayres (2004), ao discutir o cuidado nas práticas de saúde, considera que o sentido da intervenção deve estar voltado ao “exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (op.cit, 2004, p.86).

Ao longo dos anos, a CSA é objeto de uma série de modificações, como as características da população atendida, objetivos e sistemas disponíveis (LIGHT; MCNAUGHTON, 2012), a discussão acerca da participação social da pessoa em seus vários contextos (CHUN, 2013; CHUN et al., 2015; BAYLOR et al., 2011) e comunidades de práticas (REILY, 2015). O hospital se insere como comunidade de prática, onde há trocas de saberes dos profissionais com os pacientes, interlocutores que aliados à família são importantes para um uso mais efetivo da CSA ambiente terapêutico e/ou hospitalar (CHUN et al., 2015; REILY, 2015).

As estratégias, meios e tecnologias da CSA oferecem a possibilidade de criação de um elo entre a equipe médica e a pessoa hospitalizada, que permite sua participação ativa durante toda a internação. Estes recursos podem ser de alta, média e baixa tecnologia, e incluem gestos indicativos, representativos e simbólicos, expressões orofaciais, emissões gráficas, objetos concretos, pranchas, vocalizadores e sistemas computadorizados (FARIAS, 2015). Essas colocações são consonantes com os resultados da pesquisa realizada por Mickelvey et al. (2012), ao mostrar que 96% dos sujeitos com esclerose lateral amiotrófica utilizaram recursos de CSA até a morte, evidenciando que tais recursos podem ser efetivos e eficientes para a comunicação com os membros da família, amigos e equipe médica. O uso da CSA junto a essa população, assim também com outras que apresentam declínio progressivo da fala, no ambiente hospitalar, se faz necessário desde as fases iniciais da doença, seja por meio de estratégias ou dispositivos de baixa tecnologia ( pranchas de comunicação, alfabeto e outros), seja por via de recursos de alta tecnologia em fases avançadas (vocalizadores, *tablets*, etc), quando há um prejuízo substancial da comunicação, com vistas a diminuir as repercussões causadas nos aspectos sociais e emocionais (LEITE NETO et al., prelo).

Alguns pesquisadores na área de CSA, indicam sugestões para favorecer a comunicação entre o paciente em vulnerabilidade comunicativa e a equipe multiprofissional durante a hospitalização, as quais incluem: (a) incentivar o conhecimento da equipe sobre a implicação das deficiências na comunicação do



sujeito e a CSA, (b) dialogar sobre mudanças das atitudes da equipe frente às dificuldades de comunicação apresentadas pelos sujeitos, (c) desenvolver políticas institucionais para apoiar a implementação estratégias da CSA, e (d) oferecer recursos de comunicação que possam auxiliar as pessoas em situação de vulnerabilidade (BALANDIN; MORGAN, 2001; BARTLETT et al., 2008; FINKE; LIGHT; KITKO, 2008).

Esse caminho constitui um pensamento fundamentado na escuta ativa e na troca de saberes que são a base das pesquisas de abordagens qualitativas, as quais valorizam as interações comunicativas, inclusive no contexto da vulnerabilidade comunicativa em ambiente hospitalar, e considera o discurso de todos os sujeitos envolvidos, ensejando reflexões que culminam em mudanças, inclusive na prática profissional. Tal abordagem favorece pensar acerca de tais relações e necessidades por meio de uma perspectiva diferenciada, propicia maior atenção no cuidado e favorece a qualidade de vida de pessoas em situação vulnerável de comunicação.

### **Um pouco das experiências práticas, de formação e de pesquisa em Fonoaudiologia e CSA**

A feitura deste capítulo parte das vivências compartilhadas com os usuários, familiares, equipe clínica e outros parceiros, o que tem possibilitado a constituição de outros significados ante a contribuição da abordagem qualitativa em pesquisas voltadas à vulnerabilidade comunicativa. Além de mobilizar emoções, a escuta dá oportunidade a reflexões acerca de pesquisas com estes sujeitos hospitalizados em variadas abordagens com foco maior nas condições clínicas de casos complexos. Produzia nos autores, entretanto, sentimentos de desconforto, inquietação e a necessidade de buscas por novos caminhos por cada um; mas de responsabilidade coletiva na atenção aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade comunicativa e, particularmente, casos complexos que demandam o apoio da CSA.

Martine Smith, editora do periódico *Augmentative and Alternative Communication*, expressa que, por muito tempo, a produtividade dos pesquisadores era medida pelo número de publicações em revistas de impacto, parâmetro que se mostra insuficiente na atualidade, em que há necessidade de se provar o impacto das pesquisas (SMITH, 2016).

Diante do disposto fica evidente o prejuízo de comunicação, tomada de decisões, autonomia e participação social dos casos complexos em situação de vulnerabilidade comunicativa e o papel da CSA para favorecer melhores condições

de comunicação e vida. Pesquisas em Fonoaudiologia, nesses casos, seguem no Programa de Pós-Graduação Saúde Interdisciplinaridade de Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) uma abordagem qualitativa tendo em vista justamente alcançar esses objetivos e mostrar o influxo da CSA para maior eficiência comunicativa em consonância com práticas de estágio na graduação em Fonoaudiologia dessa Universidade, onde os autores compartilham vivências de atenção à saúde, ensino e pesquisas nessa direção. Pesquisas de mestrado (ROMANO, 2016; MAIA, 2017) estudaram facilitadores, barreiras e desafios na implementação da CSA na percepção dos usuários, familiares e profissionais, com o objetivo de estudar significados, crenças, aspectos socioculturais e linguísticos, por meio da abordagem enunciativa discursiva de linguagem, de modo a dar vozes a tais grupos, utilizando método qualitativo para coleta e análise dos dados, tendo em vista a busca dos não-ditos, entreditos, à luz da abordagem enunciativa discursiva.

O que dizem, então, os discursos além das palavras? Distintas percepções dos participantes expectativas, angústias, frustrações, dúvidas e medo; achados que estão postos e que saltam aos olhos do pesquisador, atento às suas significações e singularidades, em uma visão integral de sujeito e estratégias metodológicas qualitativas. Como destaca Charon (2015), dentre outros autores, a abordagem qualitativa é um caminho promissor para o pesquisador compreender e significar o discurso ou a narrativa da pessoa ante as próprias dificuldades de comunicação, uma vez que não é possível separar a pessoa e sua história dos seus sintomas.

### **Dando vozes a pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa – a experiência em hospital-escola**

A vulnerabilidade comunicativa é um tema de grande importância na atenção à saúde de pessoas hospitalizadas, contudo, ainda é pouco explorada nas pesquisas clínicas em Fonoaudiologia e CSA. Pesquisa de mestrado em andamento voltada a esse tema (ZAQUEU, 2016), embora utilize dois protocolos (YORKSTON, 1992; GARRET; LASKER, 2007), traduzidos e adaptados por nós e revisto pela orientadora de um trabalho da primeira autora, para nortear a coleta de dados, segue uma abordagem qualitativa na investigação das necessidades de comunicação, qualidade do ambiente para o diálogo, perfis dos parceiros de comunicação, tópicos de preferidos para as conversas, dentre outros. Para os familiares e cuidadores, optamos por uma entrevista semiestruturada, com o intuito de averiguar as dificuldades de comunicação sob a óptica do interlocutor (parceiro de comunicação).

A escolha dos protocolos decorreu da necessidade de se utilizar um instrumento padronizado, mas que, ao mesmo tempo, oferecesse possibilidades de respostas, favorecesse estado de atenção e servisse como incentivador imediato para o diálogo. Além disso, foram oferecidas pranchas de comunicação com símbolos, assim como os pacientes utilizaram outros recursos de comunicação, como gestos, expressões orofaciais, choro e escrita, em alguns casos, que motivaram diversas narrativas e expressões de necessidades individuais, atribuição de significados, conferindo cunho qualitativo ao estudo. Interessante é notar as reações dos pacientes quando conseguiam expressar ou serem compreendidos em aspectos significativos para eles, como o time de futebol preferido, as dificuldades de se comunicar com a equipe e família e desejos de leitura ou outros.

O ambiente hospitalar, como outros, exprime facilidades e limitações para desenvolvimento de pesquisas desta natureza. Por exemplo, inicialmente, houve dificuldade da equipe de entender e encaminhar os pacientes, para a pesquisa assim como da necessidade do preparo e higienização apropriada dos materiais, plastificando-os, para uso em caso de precaução de contato; os efeitos da medicações que interferiam na atenção dos pacientes nas atividades de pesquisa, dificuldade de acesso aos responsáveis/familiares para explicação e anuência da pesquisa, restrição dos horários de visita, além de interferência na coleta de dados pela rotina de procedimentos próprios da internação. Outras situações foram consideradas prioritárias para o paciente, em detrimento da coleta de dados, como por exemplo, respeito aos horários de visitas dos familiares, privilegiando o contato privativo entre eles e a não gravação em vídeo das entrevistas por manifestação de desconforto por alguns participantes.

Parte do processo de coleta envolveu a participação de uma professora visitante com larga experiência nesses casos em hospital privado e alunos do 4º ano de Graduação do Curso de Fonoaudiologia. Foram visitadas algumas enfermarias do hospital-escola, que propiciou a valorização da narrativa (*self-telling body*) para uma prática que não se centralize na doença, e sim na pessoa em sua integralidade. Para Charon (2007), a narrativa favorece essa prática reflexiva do profissional de saúde. Nessa direção, considera-se relevante investir em abordagens que valorizem a narrativa como estratégia de interação do profissional com o paciente, em consonância com a adoção de abordagens qualitativas nas pesquisas.

Segue relato de um caso, vivenciado durante o processo de coleta de dados (ZAQUEU, 2016). Os profissionais e estudantes depararam uma mulher com diagnóstico de esclerose múltipla, no leito, com pouca mobilidade corporal, exibindo muita dificuldade para manter os olhos abertos em razão da ptose palpebral, com cânula de traqueostomia, em uso de ventilação mecânica, tentando

expressar-se por meio de gestos orofaciais (pouco precisos) e gestos simbólicos com a mão esquerda. Durante a coleta, a mulher conseguiu expressar que seu desejo era melhorar sua comunicação com os membros da equipe, conversar acerca de outros tópicos e realizar leituras durante a internação; mas se sentia frustrada por não conseguir ler em razão da dificuldade visual. Os poucos gestos orofaciais e manuais utilizados por ela se mostraram como importantes manifestações de sua subjetividade, sentimentos e necessidades de uma pessoa em situação vulnerável de comunicação, as quais não foram passíveis de interpretação por parte da equipe multiprofissional, contudo emergiram facilitadas pela intervenção fonoaudiológica de pesquisa.

O hospital é um ambiente vulnerável. Nesse sentido, “[...] o paciente apresenta suas queixas, conta sua história e oferece seu corpo como palco. A partir daí, passa a ser plateia, esperando ansiosamente pelo desenrolar de um enredo do qual já não mais participa ativa e autonomamente” (SERINO, 2001).

Neste exemplo, foi dada à pessoa a possibilidade de narrar seus anseios e dificuldades pelas maneiras possíveis - olhar, gestos, oralidade, escrita e outros dispositivos de CSA. Da mesma maneira, aos poucos, caso a caso participante da pesquisa, a equipe clínica foi demonstrando maior compreensão e mais sensibilizada à atuação fonoaudiológica, que possibilitou mais oportunidades às pessoas em situação vulnerável poderem se expressar, serem ouvidas e participarem mais ativamente do seu processo de cuidado, dando opiniões, fazendo sugestões e escolhas.

Em outro caso vivenciado na pesquisa, um homem, com diagnóstico de cavernoma, foi encaminhado à pesquisadora/fonoaudióloga por exibir alterações motoras orofaciais mas que não comprometiam sua inteligibilidade de fala, com discreta redução da velocidade oral. Ele conversou com a pesquisadora, não referindo qualquer dificuldade relacionada à sua comunicação com os interlocutores durante o período de internação hospitalar. Em outro momento, contudo, referiu que estava com dores na região temporal e face, que atrapalhavam sua fala, além das dificuldades para a atividade de leituras e desenho, hábitos preferidos.

Note-se, neste exemplo, que a intervenção e a pesquisa fonoaudiológica em casos de alta complexidade, particularmente quando a linguagem está comprometida, não podem se ater a fatos isolados ou a respostas de testes-padrão considerados objetivos e que recebem interferência de vários fatores discutidos ao longo deste capítulo (condição clínica, efeitos da medicação, estado de alerta, possibilidades de comunicação, dentre outros). É comum o pesquisador, como o clínico ou o familiar, se surpreender com as respostas obtidas ou com as mudanças comunicativas desde o estabelecimento de vínculo com a pessoa e

o quanto o paciente se sentir compreendido pode favorecer o cuidado perante a equipe. Os exemplos aqui descritos mostram que a compreensão da vulnerabilidade comunicativa dos casos de alta complexidade não deve ser restrita à condição do quadro clínico e do comprometimento ou prejuízo da comunicação oral, escrita e gestualidade num dado momento, mas também estão sujeitas às variações das condições do paciente. Questões subjetivas e singulares de cada caso podem ser mais bem captadas por procedimentos de pesquisas qualitativas associadas às pesquisas quantitativas para levantamento de aspectos das condições clínicas considerados mais objetivos.

A CSA contribui nessa direção, favorecendo a linguagem e o resgate da identidade da pessoa com necessidades complexas de comunicação, particularmente em uma abordagem enunciativa e discursiva (CHUN; FEDOSSE, 2016), em que outras faces do funcionamento da linguagem também devem ser consideradas, como os modos de significar os discursos que remontam à história de vida da pessoa, as estratégias para lidar com as situações de comunicação, a elaboração discursiva e da produção de sentido, que acontecem em ato e mudam a cada processo de enunciação (DUARTE, 2005).

Os estudos de abordagem qualitativa em outros contextos, como os de Romano (2016) e de Maia (2017) e no caso, o de Zaqueu (2016) evidenciam que os procedimentos metodológicos como entrevistas com os familiares são desafiadoras e enriquecedoras, reafirmando sua importância para o estudo de aspectos de subjetividade deste grupo que também se mostra vulnerável, por muitas vezes, não entender o que está acontecendo com seu familiar nem como se comunicar com ele e outras vezes, por também enfrentar dificuldades em entender e acompanhar as orientações da equipe.

### À Modo de Conclusão

O cuidado de casos de alta complexidade no hospital, muitas vezes, demanda medidas urgentes e ações rápidas por parte da equipe de saúde, com menor espaço para atender outras demandas, aparentemente de menor risco de vida, como tentar entender o que o paciente não consegue falar, dar explicações detalhadas aos familiares, dentre outros, abordados ao longo deste capítulo, que as experiências práticas e de pesquisa demonstram. A literatura também reafirma, entretanto, que tanto o paciente quanto o familiar necessitam de espaço de escuta e acolhimento de suas angústias e dúvidas, além da própria percepção do paciente e do familiar ante os cuidados necessários e recebidos. Intervenções de profissionais especializados que possam favorecer essa comunicação entre os diversos agentes envolvidos, consequentemente, podem contribuir na redu-

ção do tempo de hospitalização, do uso de sedação durante a internação além de tomadas de decisões conjuntas que contribuam para maior e mais rápida evolução clínica dessas pessoas pela participação no seu processo de cuidado e melhor administração das suas condições clínicas. Com efeito, poderão ensejar maior qualidade do atendimento, satisfação do paciente e de suas famílias, além da agilidade do processo de alta.

Os poucos estudos sobre o grupo populacional em foco mostram que as pessoas em vulnerabilidade comunicativa ainda são subestimadas pela equipe de saúde quanto ao nível de consciência e capacidade de tomar decisões, por apresentarem comprometimento da oralidade e terem pouco acesso a recursos de comunicação ou suporte para dialogarem com seus parceiros de comunicação e de cuidados. Além disso, também demonstram a importância das estratégias de comunicação não verbais e outros dispositivos da CSA, que possibilitam evidenciar quanto essas pessoas compreendem e têm a dizer, em relação ao tratamento como também de suas vidas.

Dados obtidos com origem em metodologias de cunho qualitativo, podem abrir novas possibilidades de comunicação da pessoa em situação vulnerável, trazendo à tona subsídios importantes para atenção à sua saúde, com o auxílio de histórias narradas por ela própria quanto às suas necessidades e, deste modo, poder ampliar o olhar clínico para o sujeito, além da doença.

O estudo de casos de alta complexidade no contexto hospitalar constitui um grande desafio pelos diversos fatores envolvidos próprios dos cuidados e da rotina hospitalar. Além disso, há uma tendência à valorização de achados clínicos observáveis e objetivos quanto ao quadro clínico, aplicação de técnicas e procedimentos metodológicos e quantitativos com menor espaço para as questões de subjetividade, geralmente de maior interesse das pesquisas qualitativas.

As pesquisas de abordagem qualitativa são relevantes para atenção integral e humanizada e maior compreensão das pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa em sua complexidade. Há um longo caminho a percorrer para o contato entre um e outro, em que as pessoas fiquem em primeiro plano e não suas doenças ou agravos fonoaudiológicos.

## Referências

AYRES, J.R.C.M. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface (Botucatu)*. v.8, n.14, p.73-92, set.2003/fev.2004.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009.

BALANDIN, S.; MORGAN, J. Preparing for the future: Aging and AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 17, p. 99–108, 2001.

BARTLETT, G.; BLAIS, R.; TAMBLYN, R.; CLERMONT, R. J.; MACGIBBON, B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, v. 178, p. 1555–1562, 2008.

BAYLOR, C. et al. A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults. *American Journal of Speech Language Pathology*, v.20, n.4, p.269–287, 2011.

BLACKSTONE, S.; BEUKELMAN, D.; YORKSTON, K. *Patient-provider communication roles for speech-language pathologists and other health care professionals*. San Diego(CA): Plural Publishing, 2015.

BLACKSTONE, S.W.; PRESSMAN, H. Patient Communication in Health Care Settings: new Opportunities for Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, v.32, n.1, pp.69–79, 2016.

CHARON, R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, v.53, pp. 1265-1267, august, 2007.

CHARON, R. *O corpo que se conta: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo (SP): Letra e Voz, 2015. 74p.

CHUN, R.Y.S; et al. Análise da produção dos congressos brasileiros de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: tendências e perspectivas. *Informática na Educação*, v.16, n.2, p.63-76, 2013.

CHUN, R.Y.S; et al. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa no Brasil: Ampliação de Territórios e Saberes Científicos e Locais. In: CHUN, R.Y.S.; REILY, L.H.; MOREIRA, E.C. (Orgs.). *Comunicação Alternativa: ocupando territórios*. São Carlos (SP): Marquezine & Manzini/ABPEE, 2015, p.17-37.

CHUN, R.Y.S.; FEDOSSE E. Teorias Enunciativo-Discursivas da Linguagem: bases linguísticas pertinentes na intervenção com a CSA. In: MONTENEGRO, A.C.A.; BARROS I.B.R.; AZEVEDO, N.P.S.G. *Fonoaudiologia e Linguística: Teoria e Prática*. Curitiba (PR): Appris, 2016, p.157-172.

DUARTE, E.N. *Linguagem e Comunicação Suplementar e Alternativa na Clínica Fonoaudiológica*. 2005. 80p. Dissertação. Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FARIAS, L.P. A comunicação vulnerável do paciente na unidade de terapia intensiva e a comunicação suplementar e alternativa. In: CHUN, R.Y.S.; REILY L.; MOREIRA E.C. *Comunicação Alternativa: ocupando territórios*. São Carlos: Marquezine & Manzini/ABPEE, 2015, p.171-194.

FINKE, E.H.; LIGHT, J.; KITKO, L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, p. 2102–2115, 2008.

HAPP, M. B.; ROESCH T. K.; GARRETT, K. Electronic voice-output communication aids for temporarily non speaking patients in a medical intensive care unit. A feasibility study. *Heart lung*, v. 33, n. 2, p.92-101, 2004.

HEMSLEY, B; BALANDIN, S. A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research. *Augmentative and Alternative Communication*, v.30, n.4, pp. 329–343, 2014.

HUGGINS, J. E.; WREN, P. A.; GRUIS, K. L. What would brain-computer interface users want? Opinions and priorities of potential users with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*, v. 12, n. 5, pp. 318-324, 2011.

GARRET, K.L., LASKER, J.L. *Aphasia Needs Assessment; AAC-Aphasia Categories of Communicators Checklist*, Revised 2007. Disponível em: <<http://cehs.unl.edu/aac/aphasia-assessment-materials>>. Acesso em: 02 jun 2017

LEITE NETO, L.; CONSTANTINI, A. C.; CHUN, R.Y.S. Communication vulnerable in patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: A systematic review [em prelo]. *Neuro Rehabilitation*, 2017..

LIGHT, J.; MCNAUGHTON, D. The Changing Face of Augmentative and Alternative Communication: Past, Present, and Future Challenges. *Augmentative and Alternative Communication*, v.28, n.4, pp.197–204, 2012.

LIGHT, J.; MCNAUGHTON, D. Putting People First: Re-Thinking the role of technology in Augmentative and Alternative Communication intervention. *Augmentative and Alternative Communication*, v.29, n.4, p.299-309, 2013.

LIGHT, J.; MCNAUGHTON, D. Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 31, n. 2, p. 85–96, 2015.

MAIA, A.L.W. *Vozes do processo de implementação da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa em pessoas com comprometimento de linguagem: facilidades*



e desafios. 2017. 90p. Dissertação. Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MERHY, E.E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo (SP): Hucitec Editora, 2013. p. 172-182,

MCKELVEY, M.; EVANS, D. L.; KAWAI, N.; BEUKELMAN, D. Communication styles of persons with ALS as recounted by 432 surviving partners. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 28, n. 4, pp. 232-242, 2012.

MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Vozes, 18 ed., 2001.

REILY, L. Comunidades de prática como paisagens da formação em Comunicação Alternativa e Ampliada no Brasil. In: CHUN, R.Y.S.; REILY, L.H.; MOREIRA, E.C. (Orgs.). *Comunicação Alternativa: ocupando territórios*. São Carlos (SP): ABPEE, 2015, pp.17-37.

ROMANO, N. *A comunicação suplementar e/ou alternativa na percepção de fonoaudiólogos e familiares: facilitadores e barreiras*. 2016. 83p. Dissertação. Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SERINO, S.A. *Diagnóstico compreensivo simbólico: uma psicossomática para a prática clínica*. São Paulo (SP): Escuta, 2001.

SMITH, M. Evidence for impact and impact of evidence. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 32, n.4, p.227-232, 2016.

THUNBERG, G.; TÖRNHAGE, C.J.; NILSSON, S. Evaluating the Impact of AAC Interventions in Reducing Hospitalization-related Stress: Challenges and Possibilities. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 32, n.2, p.143-150, 2016.

TURATO, E., G. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, v. 39, n.3, p.507-14, 2005.

YORKSTON, K, Intensive care unit communication screening protocol, 1992. In: BEUKELMAN D.R, GARRET K.L, YORKSTON K.M. *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute Chronic Medical Conditions*. Baltimore (MD): Paul H Brookes Publishing Co, 2007.

ZAQUEU, V.F. *A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a comunicação suplementar e/ou alternativa*. 2016. Projeto de Pesquisa. Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

## CAPÍTULO 5

# SER MULHER, MÃE E IMIGRANTE: A DIÁSPORA E INTEGRAÇÃO DA MULHER SÃO-TOMENSE EM PORTUGAL

*Lígia Moreira Almeida / José Manuel Peixoto Caldas*

### Estado da arte

As tendências migratórias representam oportunidades de evolução irrefutáveis para a União Europeia, atendendo a necessidades específicas do mercado de trabalho, essenciais à manutenção (reconfiguração?) da estrutura social europeia, e para a retoma do desenvolvimento económico e cultural. Em Portugal, nos últimos anos, os censos demonstram que os fluxos migratórios desempenharam um importante papel, contrariando o envelhecimento demográfico (natalidade decrescente entre mulheres autóctones, sendo as migrantes que mais contribuem para a manutenção das taxas de fertilidade, fecundidade e nascimentos) (CALDAS, 2007; PADILHA; MIGUEL, 2009; PADILHA et al., 2009).

Portugal demonstra empenho em melhorar a integração dos imigrantes, mediante uma série de políticas inclusivas, favorecedoras da legalização e reunificação familiar, apresentando um enquadramento teórico legal de livre acesso aos cuidados de saúde. Os mais recentes fluxos migratórios (num quadro social anterior à crise económica mundial, sendo que não existem dados atualizados que não puramente empíricos do enquadramento da realidade contemporânea) mostram, concordantemente, a feminização da migração e a participação crescente das mulheres imigrantes na demografia europeia (DIAS; ROCHA, 2009; FONSECA et al., 2009; MARTINS et al., 2010).

### Saúde como barómetro de inclusão

Um dos mais nobres desafios acometido pelos fenómenos migratórios prende-se com a prestação universal e equitativa de cuidados de saúde, sendo fulcral a acessibilidade e qualidade de serviços, independentemente do sexo, etnia ou

país de origem – saúde como direito universal (PADILLA, 2008; FERNANDES; MIGUEL, 2009). Saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis (DIAS; ROCHA, 2009; INGLEBY et al., 2005; PADILLA; MIGUEL, 2009; PADILLA et al., 2009).

A evidência científica mostra que as populações imigrantes têm um maior risco de contrair doenças, tais como doença cardiovascular, evidenciando taxas mais elevadas de prevalência de diabetes e mortalidade associada ao cancro, em comparação com as populações nativas; os migrantes apresentam igualmente maior risco de contrair doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/AIDS e hepatite (RUMBOLD et al., 2011). Evidenciam ainda um maior risco de sofrer de doença mental, incluindo depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, como resultado da interação de determinantes psicossociais específicos (BU-NEVICIUS et al., 2009).

Linhas de investigação contemporânea em saúde, desenvolvendo ideias mais ou menos recentes, têm vindo a recuperar tendências de pesquisas, ora desenvolvidas, ora estrategicamente abandonadas (*e.g.* epidemiologia social), e que atribuem um papel preponderante aos aspetos sociais no desenvolvimento e experiências de doença. Assim, torna-se premente considerar os contextos onde residem e se movem os contingentes migrantes nos países de acolhimento a fim de compreender os comportamentos de saúde, as especificidades culturais e as crenças que os acompanham na demanda pela procura de serviços e as trajetórias de doença, concebendo a saúde no contexto onde ela se desenvolve, articulando constructos de pobreza, nível socioeconómico e educação na determinação do estado de saúde, favorecendo a compreensão de alguns fenómenos epidemiológicos que se revelam de extrema utilidade nas linhas de investigação em saúde pública (BARRADAS, 2005; OMS, 2010).

A equação explicativa da saúde individual e coletiva é efetivamente complexa, multivariável e multimodal. Ao domínio biológico, bioquímico da saúde física há que acrescentar, como verificado, todo um *background* sociológico e contextual associado a variáveis sociais, culturais e educativas, mas também o mundo da experiência psicológica individual inerente à migração, à experimentação do processo migratório e dos desafios pessoais que daí advêm. Assim, é impossível conceber a saúde sem considerar características pessoais como a resiliência, a tolerância à frustração e a gestão do *stress* mediante um contexto de frequente isolamento e ausência de suporte social. Investigadores internacionais começam a debruçar-se sobre os efeitos do *stress* racial em mulheres africanas de variadas gerações migratórias, identificando-o como um dos fatores causais para as altas taxas de parto prematuro (HARUTYUNYAN, 2008; GUSHULAK, PACE; WEEKERS, 2010). O *stress* crónico pode interferir e deteriorar o fun-

cionamento do sistema hormonal e imunológico, exacerbando funções inflamatórias e comprometendo a eficiência das ações metabólicas (HARUTYUNYAN, 2008).

Deste modo, fatores sociais e psicossociais frequentemente induzem uma vulnerabilidade crescente durante a gravidez (complicações psicopatológicas antes e/ou após o parto - depressão pós-parto, psicose e depressão (BUNEVICIUS et al., 2009; RUMBOLD et al., 2011) - exacerbada por estressores associados ao processo de migração), pelo que os cuidados de saúde materna e infantil devem ser alvo de especial atenção (BUNEVICIUS et al., 2009; CANAVARRO, 2001; MARTINS; FARIA; LAGE, 2010). Estudos demonstram que o cortisol proveniente de uma grávida que padeça de altos níveis de *stress* durante a gravidez (*e.g.* passíveis de serem aumentados por via de acontecimentos de vida significativos, potencialmente estressantes, de que são exemplo as experiências de migração) tem uma elevada probabilidade de entrar no feto pelas através das trocas placentárias. A passagem excessiva de cortisol para o feto faz com que este sofra uma acentuada e mais rápida maturação, aumentando o risco de um nascimento prematuro, de baixo peso ao nascer (*e.g.* complicações de restrição de crescimento intrauterino), resultando num desenvolvimento empobrecido do córtex pré-frontal e favorecendo problemas de comportamento no futuro (HARUTYUNYAN, 2008). Numa exploração preliminar dos indicadores gerais de saúde disponibilizados para a caracterização das populações migrantes, verifica-se tendencialmente que este contingente denota mais complicações sexuais e reprodutivas, os resultados da gravidez tendem a ser empobrecidos (incidência superior de bebês pré-termo e com baixo peso ao nascer), maior mortalidade materna, neonatal e infantil, mais abortos espontâneos, maior incidência de depressão pós-parto, seguimento ginecológico irrisório e educação pré-natal precária (MACHADO et al., 2007; CARBALLO, 2009).

Investigação recente demonstra que mulheres provenientes do Continente Africano apresentam diferenças sociobiológicas e culturais que podem contribuir para que consistentemente evidenciem piores resultados obstétricos e perinatais (baixo peso ao nascimento, e partos prematuros, mais complicações durante a gravidez, maior morbidade e mortalidade materna) (SAVONA-VENTURA; BUTTIGIEG; GATT, 2009). Estas mulheres também exprimem diferenças culturais relativamente aos cuidados obstétricos esperados e procurados, bem como perante perdas perinatais que podem causar problemas no atendimento e na gestão do processo terapêutico para os médicos assistentes. Por este motivo, é recomendável uma prestação de especial atenção relativamente aos conhecimentos e concepções das imigrantes, principalmente ao do Coletivo Africano, a fim de melhorar a utilização e adequação nos padrões de procura dos cuidados adequados às suas necessidades, dada a presença de variados fa-

tores e determinantes que, a existir, tendem a concorrer sistematicamente para originar resultados de saúde adversos, nomeadamente na área da saúde materna e infantil (SOSTA et al., 2008; SAVONA-VENTURA et al., 2009; SCHUTTE et al., 2010; REESKE et al., 2011).

## Objetivos

Os objetivos da investigação original prendem-se com a análise do papel da cultura da população imigrante e autóctone com o intuito de perscrutar se existem desigualdades nos acessos aos cuidados de saúde materna, considerando todos os agentes deste contexto. Pretende-se ainda proporcionar meios essenciais às boas práticas no domínio dos cuidados da saúde materna, pelo desenvolvimento de uma avaliação multimétodo das necessidades de saúde desta população, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e de indicadores nacionais de saúde.

## Metodologia

Este capítulo resulta de um Projeto de Investigação financiado pela FCT, “Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes”. (Ref.: PTDC/CS-SOC/113384/2009).

No âmbito da investigação, encontra-se o estudo e observação da “cidadania da saúde” e seus determinantes, visando a saúde das imigrantes grávidas e o acesso aos cuidados de saúde materno-infantis como um elemento fulcral para a promulgação dos direitos da cidadania em Portugal.

## Participantes

Este projeto tem como participantes principais grávidas/mães recentes imigrantes (grupo denominado experimental) e portuguesas (grupo de comparação), residentes na área metropolitana do Porto. As imigrantes são filhas de pais estrangeiros e nasceram elas próprias fora do território nacional: países de Leste, Brasil e PALOP's (grupos étnicos mais representativos do contexto imigratório português). Desta conjuntura, destacámos e analisámos os discursos e experiências das mulheres oriundas de São Tomé e Príncipe, junto das quais procedemos à explicação geral do estudo e objetivos, monitorização de autorização para a realização de gravações áudio das entrevistas, interesse e *compliance* em participar desta pesquisa, bem como recolha de consentimento informado.

## Procedimentos

O protocolo da investigação original segue uma metodologia de recolha e análise de dados mista (interface quantitativa e qualitativa). A amostra foi intencional e respondeu aos seguintes critérios de inclusão: foram recrutadas mães recentes, com crianças de idade inferior a 36 meses (contemplando todo o espectro da idade fértil), residentes no Porto e AMP, cujos pais não tenham nascido em Portugal (no caso das migrantes), com disponibilidade e interesse em participar na investigação.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas (num total de 30), atendendo à nacionalidade/proveniência das mulheres: seis a mulheres dos PALOP (considerando, à partida, a limitação inerente às diferenças culturais entre países aqui incluídos), seis a mulheres de Leste, seis a brasileiras e seis portuguesas, em fases similares de puerpério/maternidade.

Um dos focos primordiais da pesquisa reside em aferir se os dados recolhidos qualitativamente (entrevistas semiestruturadas) convergem com indicadores numéricos (recolhidos através de um desenho de estudo caso-controle), pelo recurso a técnicas de triangulação. Após a recolha dos dados qualitativos, efetuamos uma interpretação compreensiva da informação resultante (análise de conteúdo e categorias de informação emergidas), a ser posteriormente confrontada com dados quantitativos. Pela especificidade metodológica anteriormente descrita, também se pretende uma participação curta e precisa de profissionais de saúde e *stakeholders* específicos (e.g. dirigentes associativos, Autarquia), como intermediários primordiais de contacto com as populações-alvo (entrevistas informais).

O capítulo ora relatoriado reverte sobre os primeiros dados qualitativos recolhidos, pela aposta deliberada na perspectiva holística e de compreensão de informação sensível na óptica dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde, que permita identificar e entender os padrões de procura, o acesso e a utilização efetiva dos serviços disponibilizados. Mediante de estratégias qualitativas (entrevistas semiestruturadas), pretendeu efetuar-se o levantamento de necessidades percebidas e desafios culturais que potencialmente influenciam as percepções subjetivas da população migrante (Dias, Gama e Rocha, 2010), e que podem condicionar a procura e adesão às terapêuticas e a efetivação de comportamentos de saúde aconselhados.

## Resultados qualitativos

### A Realidade das Imigrantes São-Tomenses:

Procuramos efetuar uma análise sistemática dos dados sobre as informações recolhidas entre o contingente feminino são-tomense (que envolveu busca e organização de transcrição de entrevistas, notas de campo e demais matérias), com o objetivo de aumentar a compreensão desses mesmos materiais (BOGDAN; BINKLEN, 1994) por via de técnicas de análise de conteúdo. Segundo Terrasêca (1996, p. 67), “[...] a análise de conteúdo tem por finalidade desopacitar o material analisado, permitindo desvendar os sentidos escondidos ou presentes de modo subliminar.” Tendo os constructos anteriores como ponto de partida, procuram apreender unidades de análise com suporte em categorias informacionais emergentes dos discursos das mulheres são-tomenses, essenciais à elaboração de uma grelha de leitura concisa para codificação e análise dos dados.

Estabeleceram-se, com efeito, três categorias principais, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde (1), Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva (2), e Processo Migratório (3), cada uma com diversas subcategorias (ver Tabela 1). Para todas elas buscamos obter e veicular excertos elucidativos dos discursos das mães são-tomenses, que se reunirão de seguida.

A primeira categoria informativa, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, constitui-se de seis subcategorias: a) Acesso ao SNS; b) Percepção sobre o acesso/qualidade; c) Comparação dos serviços Portugal – São Tomé; d) Barreiras; e) Facilitadores; e f) Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria. Tomando esta sub-grelha de análise, encontramos algumas informações relevantes que dão conta da necessidade de deslocação do ponto de atenção e enfoque das políticas de saúde pública da garantia de acessibilidade das imigrantes grávidas aos cuidados de saúde (preposição relativamente alcançada no plano nacional) para a asseguaração da qualidade na prestação destes cuidados (tendência que se verifica na maioria dos países europeus que partilham da premissa da saúde como direito universal) (ÉSSEN et al., 2002; MALIN; GISSLER, 2009; FEDELI et al., 2010).

No que concerne à subcategoria “Acesso ao SNS”, as são-tomenses referem não ter experienciado entraves significativos quanto à acessibilidade aos serviços de saúde e repercussão nos cuidados recebidos, salientando-se a atenção generalizada do sistema nacional de saúde para com as grávidas, nacionais ou migrantes.



E1: Eu sempre que necessário recorro ao serviço nacional de saúde, mesmo para fazer uma consulta diária em vou ao centro de saúde e consigo a consulta. Mesmo nas urgências também (...)

A4: Sempre que preciso, vou lá (...)

E3: Várias vezes, já estou em Portugal há muitos anos (...)

No que concerne à subcategoria “Percepção sobre o acesso/qualidade”, existe a referência à satisfação com o atendimento, nomeadamente nos serviços de maior proximidade (cuidados de saúde primários), que as próprias mulheres associam à experiência de gravidez e maternidade.

E1: Das vezes que eu fui (ao SNS), graças a Deus fui bem atendida, foi rápido também um bocado... E foi bem, correu tudo bem...

A4: Eu fui bem atendida, pronto, quando eu estava de bebé. Sempre fui bem atendida (...)

D3: No centro de saúde, sempre tive um bom atendimento. Só no hospital é que houve de vez em quando pequenas divergências (...)

Relativamente à “Comparação dos serviços Portugal - São Tomé”, existe tendencialmente uma perspetiva de melhor qualidade dos serviços e do atendimento nos serviços de saúde públicos em Portugal, tal como esperado, identificando-se algumas semelhanças, particularmente quanto ao tempo de espera para atendimento.

E1: (...)acho que lá a demora, a espera é igual. Só que (...)aqui tem médicos com melhor capacidade (...). (em São Tomé) Há poucos especialistas (...), acho que também é devido a condições do país, faz com que... (...) tratamento, exames e essas coisas, demora mais tempo em relação aqui.

A4: (...) no caso de ficar à espera para ser chamada, é igual. (em Portugal) Atendem as pessoas melhor, com mais cuidado, mais atenção.

No que diz respeito a “Barreiras”, os discursos são variáveis uma vez que se relacionam com experiências e percursos pessoais, maioritariamente idiossincrásicos, sobre a percepção de dificuldades a vários níveis, e sobre até que ponto estas interferiram e prejudicaram os objetivos e intenções de demanda por determinados serviços e especialidades clínicas.

E1: Acho que a principal barreira foi por não ter o cartão (de utente). (...) porque quando cheguei, eu vim com uma filha (...) e através dela é que eu consegui o cartão... aquele papel de utente.

A4: (...) não tive nenhuma dificuldade, nada.

Relativamente a aspetos “Facilitadores”, estes são percebidos como relativamente escassos entre as mulheres são-tomenses, destacando-se algumas configurações circunstanciais e exceções referentes a protocolos de cooperação em saúde entre o Estado Português e o de São Tomé.

E1: O que facilitou... a ter esses serviços acho que foi mesmo por vir com a bebé... Porque acho que se fosse por vir sozinha e fazer uma consulta, acho que não conseguia porque não tenho cartão de residência.

D3: (...) eu acho que se calhar tem a ver com acordos dos países, acordos de cooperação e saúde (...)

As mulheres são-tomenses identificaram ainda “Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria” destes serviços, predominantemente dirigidas a uma visão estatal, de políticas sociais e de saúde pública insuficientes para uma resposta adequada às necessidades que evidenciam (ainda afastada da necessária humanização e interculturalidade ao nível das práticas).

E1: (...) uma boa compreensão do Estado Português em relação às suas imigrantes, porque enquanto uma pessoa não tiver documentos, não pode inscrever em certos sectores cá... Acho isso um pouco errado, eu trabalho, faço desconto para a segurança social, faço tudo, e mesmo assim não posso ter cartão porque vou ter de esperar 2 anos.

E3: (...) faltam mais acordos de cooperação entre os países para facilitar acesso dos utentes, dos imigrantes aos centros de saúde (...)

A segunda categoria de informação, Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva, abrange sete subcategorias distintas: a) Estado de saúde; b) Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis; c) Dificuldades e estratégias para as ultrapassar; d) Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde; e) Consequências da qualidade de atendimento; f) Métodos anticoncepcionais – Informação; e g) Métodos anticoncepcionais – Uso e decisão. Verifica-se, na generalidade, que as mulheres são-tomenses denotam bons níveis de saúde geral e reprodutiva antes de imigrarem, com algumas exceções pontuais. Identificam maioritariamente barreiras burocráticas e/ou de desinformação por parte de pessoal não técnico (e.g. serviços administrativos e de secretariado) em primeira abordagem aos serviços especializados. Avaliam, uma vez mais, muito positivamente os cuidados recebidos, nomeadamente ao nível do planeamento familiar e contraceção, mas tendem a não identificar potenciais experiências de subqualidade nos atendimentos, não as relacionando posteriormente com eventuais consequências adversas.

Considerando a primeira subcategoria, “Estado de Saúde”, observamos que os conteúdos emergidos são variáveis. As imigrantes são habitualmente saudáveis, apenas reportando problemas de saúde *minor* ou facilmente resolvidos aquando da chegada a Portugal por já se encontrarem erradicados no nosso País.

E1: (...) problemas de estômago que eu sempre tive, e infecção (rubéola, nas duas gravidezes (...).

A4: Problemas de saúde era do estômago (...).

E3: Antes de imigrar nunca tinha problemas de saúde.

D3: (...) o problema de saúde que eu tinha era Paludismo (...).

No que diz respeito ao “Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis”, uma vez mais as mulheres tendem a reportar uma elevada satisfação com o atendimento e a qualidade dos cuidados recebidos durante a gravidez e puerpério, associando a atenção recebida e a acessibilidade à condição de grávida/mãe recente. A registarem-se, as reclamações revertem invariavelmente sobre os profissionais dos serviços administrativos dos cuidados de saúde primários; as imigrantes tendem a referir estes profissionais como, por vezes, desconhe-

cedores dos direitos da imigrante grávida, podendo dificultar indevidamente o acesso aos serviços.

E1: Desde que soube que estava grávida fui ao centro de saúde e... eu não sei se é por- que eu contei à médica que já tive uma filha com problemas genéticos, (...) fui muito bem atendida e estou sendo (...)

A4: Quando tive grávida dele (aponta o filho), tive alguns problemas de planeamento familiar... fui à urgência do Hospital Júlio Dinis, atenderam-me muito bem.

No que concerne à subcategoria “Dificuldades e estratégias para as ultrapassar”, observa-se que algumas imigrantes são-tomenses são propensas a revelar barreiras linguísticas (que não identificaram como existentes anteriormente).

E1: (...) eu perguntei o que ela falou comigo, eu não entendi e voltei a perguntar... falamos português, mas o nosso português é diferente de cá, e ela falou de um jeito que eu não compreendi, voltei a perguntar (...)

A “Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde” é reportada genericamente como muito boa e satisfazendo as necessidades e expectativas das mulheres são-tomenses. Voltam a emergir, no entanto, categorias de informação que as mulheres não identificam como comprometedoras da qualidade dos serviços recebidos, mas que dão conta de algumas dificuldades expressas por parte de certos profissionais de saúde.

E1: Humm... um pouco de mau humor..., má disposição, mas nunca exaltaram comigo.

D3: (...) lá no centro de saúde disseram que ela (filha) já não podia fazer consulta no centro de saúde porque, como alteramos residência, tinha de ser no novo centro de saúde. E no novo centro de saúde, ela grávida já de 3 meses e tal, não aceitaram ela... Tivemos de recorrer à maternidade.

A não identificação destes aspetos como barreiras subliminares à equidade das práticas clínicas pode resultar de forma perniciosa em termos das “Consequências da qualidade de atendimento”. Salienta-se a experiência traumática,

vivenciada por uma mãe que perdeu a primeira filha, e que dá conta da falta de informação e diálogo de que esta mulher foi alvo por parte dos profissionais de saúde com quem contactou (quer devido, uma vez mais, a barreiras de comunicação e compreensão, quer em virtude de uma relação descuidada médico-paciente, independentemente do acompanhamento clínico que a mãe reporta como negligente).

E1: Vou ter sempre problema de entender o que aconteceu (morte da filha)... Porque os médicos não foram explícitos comigo. (...) eu acho que houve um pouco de negligência da parte deles. (...) só sei que me disseram que a anestesia passou à bebé. Que foi um pouco a mais. E ela não conseguiu resistir... à anestesia. Acho que para ela não conseguir resistir, a anestesia foi tanta... só pode ter sido... Mas depois, eu quis entrar com um processo ao Hospital de Santa Maria onde estávamos, em Lisboa, mas houve..., quer dizer, houve uma... um apoio dos médicos lá, tive muita atenção, tive isso e aquilo, de maneira a que... de maneira a que eles me calassem para que eu não entrasse com o processo.

Relativamente à subcategoria “Métodos anticoncepcionais – Informação”, os serviços de consulta e planeamento familiar disponibilizados pelos cuidados de saúde primários são frequentemente elogiados e tidos como um exemplo de bom funcionamento pelas mulheres são-tomenses, que se consideram geralmente bem informadas no que concerne à contraceção.

E1: Antes (de engravidar) comecei a usar há coisa de, menos de um ano e, graças a Deus fui muito bem informada e acompanhada pelo médico e pela enfermeira do serviço de *saúde* (...)

A4: Eu acho que estou bem informada (...)

Ainda no que diz respeito à contraceção, subcategoria “Métodos anticoncepcionais – Uso e decisão”, verifica-se que a escolha do método parte com regularidade de uma colaboração entre a própria mulher e um profissional de saúde, sendo que, por vezes, mediada pela opinião do marido.

E1: Fui eu que decidi. (...) eu antes falei com o médico porque queria tomar a pílula, e... comecei pela primeira vez e (o médico) indicou-me um comprimido. (...) juntos, fizemos a escolha.

A4: Eu é que sei o que escolho. (quem participa na escolha)... é o meu marido.

D3: A primeira vez foi o farmacêutico. Depois quando fui ao centro de saúde, ela (médica) indicou qual seria o melhor a ser utilizado.

Por fim, a última categoria informacional emergida diz respeito ao “Processo Migratório”, de onde se destacaram seis subcategorias: a) Duração da estadia em Portugal; b) Motivos subjacentes ao processo migratório; c) Adaptação ao país; d) Situação documental; e) Percepção sobre as Instituições de apoio; e f) Avaliação da experiência de migração. Nalgumas subcategorias, transversalmente, se observam reclamações recorrentes sobre a crescente burocratização do processo de autorização de residência, vistos de estudo e permanência, condutores à regularização da estadia destas mulheres. São incontáveis as histórias e experiências, vividas ou presenciadas em primeira mão, que dão conta da inflexibilidade e desarticulação informacional entre os vários serviços estatais, e entre estes e os consulados, que resultam numa soma interminável de prejuízos pessoais e financeiros para os imigrantes, em particular para estas mulheres, mas também para o Estado Português.

No que se refere à “Duração da estadia em Portugal”, procurou-se deliberadamente abranger mulheres com distintas experiências no intuito de incrementar a compreensão sobre os fenómenos que foram sendo alvo de questionamento e análise. Neste sentido, a amostra é intencionalmente heterogênea, de modo a permitir leituras diferenciadas sobre os percursos, barreiras e superações em contraposição ao tempo de permanência no nosso país.

E1: ...há 3 anos...

A4: Há 7 anos.

E3: Deixa ver..., há 14 anos!

D3: Estou em Portugal há cerca de 20 anos.

Numa breve exploração acerca dos “Motivos subjacentes ao processo migratório”, verifica-se que estes são muito distintos, mas trazem inerente uma vontade de melhorar as condições de vida que existiam em São Tomé, nomeadamente por meio dos estudos.

E1: (...) eu vim, como eu disse, com minha filha de Junta, num acordo entre o Estado Português e Estado São Tomense, mas ela chegou e faleceu logo (...). (...) decidi ficar para estudar.

A4: Decidi imigrar porque em São Tomé a vida não estava bem estabilizada, por isso é que recorri aqui para ver se conseguia organizar-me melhor.

E3: Na altura vim de férias, no dia da viagem caí, alejei uma perna, e... acabei por ficar quase um mês sem poder fazer muito. E como estava aqui o meu marido, fui ficando mais um mês, mais um mês... e até hoje (...)

D3: (...) vim com uma bolsa de estudo que perdi logo no segundo ano, ou seja no 1o ano de curso. Ou seja, porque eu fiz o 12º. ano aqui no Carolina Michaelis, e depois o primeiro ano nas Biomédicas, e bolsa de Gulbenkian (antes era, agora não sei se é), mal reprova-se, perde-se logo a bolsa. E então aí começaram as dificuldades, e tive de trabalhar, praticamente suspendi... Quer dizer, mantive a matrícula na faculdade mas sempre a trabalhar.

No que se refere à subcategoria “Adaptação ao país”, muitas vezes sobressai a angústia de quem deixou filhos em São Tomé para abraçar novos desafios e oportunidades. Outros aspetos variados emergem, como o clima ou determinantes circunstanciais específicos. As mulheres que estão há mais tempo em Portugal referem que, ao longo dos últimos anos, o racismo foi sendo diluído, sendo que a sua integração ficou facilitada pelo emprego ou pela vinda de família e restituição de laços de suporte.

A4: Assim que cheguei, comecei a trabalhar e pronto (...). Minha preocupação era porque deixei também lá os filhos, sempre pensava nos filhos (...) E3: A adaptação foi difícil, tive muita dificuldade em arranjar emprego. Depois era o racismo, na altura, era muito “à vista”, e foi complicado. E o clima?!!

D3: A adaptação também foi um bocado difícil, a primeira dificuldade foi de, do clima... é muito diferente, vim no Inverno, saí de lá com cerca de 27 graus, vim apanhar 10-5 graus. (...) também foi mais difícil ainda porque tinha deixado duas filhas crianças, de 3 e 5 anos, em S. Tomé...

Considerando a subcategoria “Situação documental”, aparecem as mais fortes fontes de descontentamento e prejuízos pessoais. A totalidade das imigrantes refere ter-se sentido discriminada, mal atendida ou mal informada, no de-

correr do processo de legalização, independentemente da situação documental no presente.

E1: (...) até agora, como eu disse, por causa dos documentos que não tenho, não posso estudar... (no IIEFP) eles disseram que a lei que tem no meu passaporte, por ser uma lei de Junta médica, não permitia eles arranjamem-me um emprego... e eu tinha de fazer isso por conta própria, e foi isso que aconteceu.

A4: (...) tudo bem, tudo regularizado.

E3: (...) não tive dificuldades, uma vez que meu marido estava aqui, e estava legalizado. Através dele consegui a documentação.

D3: Os meus filhos estão com esse problema, tanto um como o outro. Foram renovar (visto de residência), e até agora já vai há um ano... e até agora não conseguiram, ainda não têm documento. (no SEF) Vão adiando sempre, adiando sempre... até aspirar prazo e depois...

Este sentimento de insatisfação relativo à “Percepção sobre as Instituições de apoio” e insuficiência dos serviços é manifesta nomeadamente com relação às instituições estatais que superintendem a entrada e integração dos imigrantes no País. A maioria das imigrantes sente que o campo de ação destas instituições permanece cego às necessidades e dificuldades sentidas pelos imigrantes, independentemente das frequentes queixas que lhes fazem chegar. São inúmeras as consequências desta austeridade inflexível, que resulta como extremamente prejudicial para as imigrantes e, reversivamente, para o próprio País.

E1: (Associação de Estudantes São-Tomenses do Porto) Essa ajuda, porque eles veem as situações de pessoas, o Presidente (...) apoia em arranjar emprego, aquela associação não pode fazer muito... (CNAI) eles lá deram apoio... é uma instituição que apoia em termos de documentação, mas fora disso não tive outros apoios... ; (...) falando em engravidar, até acho que muitas de nós, imigrantes, são-tomenses, africanas principalmente, não sei, engravidam porque através da gravidez conseguem documentos. Porque passam anos e anos cá e sem documentos. Então muitas de nós, mesmo não querendo ter um filho no momento que temos, engravidamos porque através do bebé (...) conseguimos papel para cartão de saúde.



A4: (sobre o CNAI) Tem casos que trabalham muito bem, sabem atender as pessoas, ajuda-las a encontrar um emprego.

E3: (sobre o SEF) Serviço de Estrangeiro, tratam muito mal aos imigrantes, houve um caso de Serviço de Estrangeiro na Loja do Cidadão que eu vi, fiquei muito triste da maneira como a funcionária tratou um imigrante, é muito triste.

D3: (sobre o SEF e o tempo de demora entre o pedido de atendimento e a efetivação deste) (...) eu acho que eles fazem de propósito para ultrapassar o prazo, e para não darem visto. Agora é assim, se eles não querem que as pessoas fiquem aqui, mais vale não dar visto de entrada! Não é? Do que trazer as pessoas para aqui, as pessoas estão a estudar, só o processo para estudar já é um bocado... já é difícil para os estudantes, e depois com esses problemas de SEF, os estudantes ficam mais frustrados ainda! Não há concentração possível, porque está-se em casa a pensar que, a qualquer momento, o SEF pode bater à porta e a pessoa regressar ao país. Eu acho que as coisas não podem funcionar assim.

Por último, no que diz respeito à “Avaliação da experiência de migração”, a maioria das pessoas consegue identificar aspetos positivos e negativos, sendo transversal um sentimento de maturação e crescimento pessoal, mas também de muitas dificuldades a superar.

E1: Um lado positivo e outro lado negativo. Positivo porque tenho cá família e ajuda bastante; negativo porque se não tivesse cá ninguém, acho que já estaria em São Tomé há muito tempo. (...) é saber que tive cá uma filha que faleceu, e isso incomoda-me bastante. (...) o Estado não apoia muito nesses ramos, as pessoas imigrantes (...).

A4: (...) nós somos bem acolhidos...

E3: Foi uma experiência com a parte positiva e negativa. A positiva é que consegui fazer se calhar muitas coisas que lá não conseguia. A nível geral, não posso muito me queixar.

D3: Eu acho que o balanço é positivo, apesar das dificuldades. E eu acho que vale a pena imigrar, porque mundo sem migração

acho que não fazia muito sentido... (...) o meu conselho é: quando encontrar dificuldades, se calhar, ou mudar para outro país, ou regressar e tentar outras coisas. Não ser teimosa como eu fui.

## Discussão dos resultados, observações e conclusões preliminares

Os imigrantes são-tomenses, particularmente as mulheres, na sua diáspora em geral, enfrentam, muitas vezes, dificuldades na integração precoce (em razão de barreiras intrínsecas e externas), mas, ao longo do tempo e entre as gerações, o processo de integração é geralmente bem-sucedido. Os principais mecanismos identificados como facilitadores desse processo foram a aquisição de cidadania / nacionalidade (tempo de permanência em Portugal), e gradual adoção da língua, cultura e costumes da sociedade de acolhimento - desenvolvimento de uma participação social ativa e cada vez mais adaptada.

Portugal tem mostrado forte compromisso em melhorar a integração dos imigrantes mediante de políticas inclusivas, favorecendo a legalização e aquisição de dupla cidadania (quando o país de origem o permite) e de reagrupamento familiar, apresentando uma bastante inclusiva em termos de políticas de integração comparativamente com a União Europeia, nomeadamente no que respeita ao livre acesso aos cuidados de saúde de grávidas e mães recentes. Da lei à prática, no entanto, há uma série de lacunas que concorrem para piorar sistematicamente os indicadores de integração e saúde da população imigrante, nomeadamente a são-tomense.

Da investigação que continua em curso, pode-se já apontar que a maioria das queixas conta com aspectos não abrangidos na legislação, que facilitam a interpretabilidade da lei e a sua usurpação por parte de quem recebe os imigrantes.

A crescente burocratização, associada às instituições que o Estado Português disponibiliza para superintender e também regular a entrada e integração dos imigrantes em Território Nacional, tem vindo a ser por demais danosa, vincando nos seus percursos de vida as dificuldades e vulnerabilidades decorrentes do processo migratório.

Por intermédio de procedimentos legais cegos às histórias individuais, aos objetivos pessoais, às intenções de concretização de projetos, à superlativa vontade de estudar e trabalhar para o progresso e melhoria das condições de vida, muitos são-tomenses se veem forçados a regressar ao país de origem. Levam consigo a frustração que é conceber a destituição de si mesmos como cidadãos do Mundo, resultante de erros administrativos e lapsos informáticos, numa encruzilhada legislativa, em busca de documentação e vistos de permanência. Ou-

tros permanecem nas sombras da ilegalidade, na coragem de quem não desiste; umas vezes destituindo-se também eles da sua cidadania, distanciando-se da consciencialização reflexiva de si mesmos, outras vezes trabalhando, “lutando, lutando e vencendo. Caminhando a passos gigantes na cruzada dos povos africanos” (“sic” Hino Nacional da República de São Tomé e Príncipe), em Portugal.

**Quadro 1.** Categorias estabelecidas na Análise de Conteúdo das entrevistas efetuadas às mães são-tomenses.

<b>Categorias para Análise de Conteúdo</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Acesso e utilização dos Serviços de Saúde	Acesso ao SNS
	Percepção sobre o acesso/qualidade
	Comparação dos serviços Portugal – São Tomé
	Barreiras
	Facilitadores
	Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria
Saúde geral, sexual e reprodutiva	Estado de saúde
	Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis
	Dificuldades e estratégias para as ultrapassar
	Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde
	Consequências da qualidade de atendimento
	Métodos anticonceptivos – Informação
	Métodos anticonceptivos – Uso e decisão
Processo Migratório	Duração da estadia em Portugal
	Motivos subjacentes ao processo migratório
	Adaptação ao país
	Situação documental
	Percepção sobre as Instituições de apoio
	Avaliação da experiência de migração

## Referências

- BARRADAS, R. Epidemiologia Social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v 8, n 1, p 7-17, 2005.
- BOGDAN, R; BINKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto (Port): Porto Editora, 1994.
- BUNEVICIUS, R; et al. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, v 88, p. 599-605. 2009.
- CALDAS, J. Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública. In: *VII Jornadas de Sociología de la UBA: Pasado, presente y futuro de la sociología*. Buenos Aires, Argentina. 2007.
- CARBALLO, M. Communicable Diseases. In: FERNANDES, A; MIGUEL, J (orgs), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa (Port): Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.
- DIAS, S; ROCHA, C. *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras*. Lisboa (Port): ACIDI, Observatório da Imigração, 2009.
- ESSEN, B; et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?. *BJOG*, v 109, n 6, p 677-82, 2002.
- FEDELI, U; ALBA, N; LISIERO, M; ZAMBON, F; AVOSSA, F; SPOLAORE, P. Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v 89, n 11, p. 1432-37, 2010.
- FERNANDES, A; MIGUEL, J. *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa (Port): Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.
- FONSECA, M; et al. *MIGHEALTHNET - Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal (MI- GRARE Working Papers)*. Lisboa (Port): Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, 2009.
- FRIEL, S; MARMOT, M. Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities Goes Global. *Annual Review of Public Health*, v 32, p. 225-236, 2011.

GUSHULAK, B; PACE, P; WEEKERS, J. Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.

HARUTYUNYAN, R. *Pregnant African American women face barriers to health care*. US Fed US State News: News Service, 2008.

INGLEBY, D; et al. The role of health in integration. In: FONSECA, M; MALLHEIROS, J. (orgs.), *Social integration and mobility: education, housing and health*. Lisboa (Port): Centro de Estudos Geográficos, 2005. p. 88-119.

MACHADO, M; et al. Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Migrações*, 1, p. 103-127. (2007).

MALIN, M; GISSLER, M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, v 9, n 84, 2009.

Actas do Colóquio Internacional São Tomé e Príncipe numa perspectiva interdisciplinar, diacrónica e sincrónica. Ser imigrante, Ser mulher, Ser mãe: Diáspora e Integração da Mulher São-tomense em Portugal. 2012. p 287-302.

MARTINS, I; FARIA, A; LAGE, G. *Diversidade Cultural Urbana*. Porto (Port): Gabinete de Estudos e Planeamento, Câmara Municipal do Porto, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. 2010.

PADILLA, B. Saúde dos imigrantes: Protegendo direitos e assumindo responsabilidades. In: VITORINO, A (org.). *Migrações: Oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Lisboa (Port): Principia, 2008.

PADILLA, B; et al. Health and migration in the European Union: Good Practices. In: FERNANDES, A; MIGUEL, J (orgs.) *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa (Port): Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

PADILLA, B; MIGUEL, J. Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. In: FERNANDES, A; MIGUEL, J (orgs.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009. p. 15-22.

REESKE, A; et al. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v 11, n 63, 2011.

RUMBOLD, A; et al. Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v 11, n 16, 2011.

SAVONA-VENTURA, C; BUTTIGIEG, G; GATT, M. Obstetric outcomes in immigrants of African nationality. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, v 21, n 3, p. 147-152, 2009.

SCHUTTE, J.M; et al. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*, v 117, n 4, pp. 399-406, 2010.

SOSTA, E; et al. Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med*, v 15, n 4, p. 243-247. 2008.

TERRASÊCA, M. *Referenciais subjacentes à estruturação de práticas docentes: análise dos discursos dos/as professores/as*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal. 1996.

## CAPÍTULO 6

# MAPAS AFETIVOS COMO RECURSO PARA EXPLICITAÇÃO DE SIGNIFICADOS SOBRE A SAÚDE DO PROFESSOR

*Maxmiria Holanda Batista / Valetin Gavidia Catalan*

*Ana Maria Fontenelle Catrib / Tereza Glaucia Rocha Matos*

*Anna Karynne Melo*

### Introdução

Mapas afetivos formam uma metodologia para apreensão dos afetos; desenvolvida por Bonfim (2003) para analisar a relação entre o espaço e o afeto nas cidades com base na vivência da pessoa. Esse método foi baseado na teoria dos mapas cognitivos coletivos, desenvolvida por Lynch (1998), e proporciona com origem na superação da dualidade entre cognição e afeto, a representação dos espaços, visto que todo ambiente pode ser percebido como um território emocional.

Esta seção do livro propõe uma integração dos saberes da Psicologia ambiental e sua percepção da afetividade como categoria de análise da relação sujeito e ambiente, e os conceitos de promoção da saúde, discutidos pelo campo da saúde. Por meio dos mapas afetivos, objetivamos compreender a relação afetiva dos professores com a escola, para identificarmos os aspectos deste contexto que promovem ou não sua saúde.

Os parâmetros para as intervenções que tenham esse objetivo devem considerar uma visão ampla do ambiente educacional, levando em consideração seus aspectos físicos, sociais e psicológicos. Consoante Gonçalves (2009), entretanto, a falta de investigação e avaliações específicas sobre a promoção da saúde na escola implica um desafio, pois as abordagens dos estudos empíricos sobre este assunto são associadas à descrição de propostas de intervenção e/ou formação dos profissionais de saúde envolvidos com essa área, sem levar em considera-

ção o trabalho dos professores no contexto educacional. Coadunando-se com este ponto, a International Union for Health Promotion and Education-IHUPE (2013) revela a necessidade de intervenções de promoção da saúde voltada para o professor trabalhador, por considerar que este é um agente formador que contribui com a formação das pessoas e representa um agente social importante, por manter contato com alunos, direção e pais, buscando por exercer o papel de facilitador que viabilizará toda a mudança no cotidiano da escola em prol das ações promotoras de saúde.

Em 1998, um artigo publicado pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPS, 1998) constatou que os programas de promoção da saúde na escola são mais eficazes quando orientados por temas centrais, dentre eles o desenvolvimento das habilidades docentes mediante a formação e elaboração de recursos. O que nos levou a refletir como o professor poderá favorecer a construção de conhecimentos integrados à vida se não se sentir implicado de modo saudável ao ambiente escolar?

Para responder a essa indagação, foi eleita a afetividade como categoria norteadora de problematização e análise, baseada na teoria histórico-cultural. Esta parte da percepção de que a formação do conhecimento é criada com esteio na interação do homem com o mundo, em um processo dialógico e dialético, mediado pela linguagem, pensamento e emoções (VYGOTSKY, 1989). Para Bomfim (2003), os afetos “[...] integram aspectos de conhecimento, percepção, orientação do espaço, ao mesmo tempo em que estimulam a reflexão sobre a possibilidade de um desenvolvimento ético-racional” (p.46).

A afetividade em Sawaia (1999) é vista não como algo que deteriora a razão, mas como a tonalidade e a cor emocional que impregnam a existência do ser humano e se exprime como sentimento e emoções. Para a autora, a afetividade é o reflexo das relações que surgem no decorrer das histórias das pessoas e adquire sentido nestas relações. São as modalidades em que o sujeito é afetado pelas afecções de seu corpo e sua alma no encontro com outros corpos (SAWAIA, 2000), ou seja, a afetividade é formada com anáfora nas afecções em nosso corpo advindas de nossa interação com a realidade. Elas irão produzir emoções, que são reações afetivas momentâneas inconscientes ou conscientes, visto que analisar o significado afetivo do ambiente para a pessoa é uma maneira de analisar como este significado interfere na sua implicação, tanto física como psicológica, refletindo em suas ações neste ambiente. Ambiente aqui é divisado de modo holístico, como um complexo sistema físico e social.

Desde essa perspectiva, propomos, neste estudo, utilizar uma metodologia que pretende transpor a dicotomia homem e meio, razão e emoção. Para tal, foi realizada uma investigação do círculo afetivo dos professores com o ambiente



educacional para a compreensão dos aspectos da escola que favorecem ou não sua saúde, com base no emprego dos mapas afetivos. Com isso, pretendemos contribuir para o entendimento processo de envolvimento dos agentes sociais, especificamente os professores, na implementação e sustentabilidade das estratégias de promoção da saúde na escola com apoio no afeto.

## Afetividade

A estratégia metodológica que inscreve a *afetividade* facilita a compreensão do território existencial dos professores, pois segundo Spinoza (2009), o corpo, por via de uma predisposição dinâmica, remete ao poder de afetar outros corpos e também de ser afetado por estes, sendo o mundo constituído com apoio no encontro entre os corpos. Esse encontro de corpos (professor, alunos, escola, funcionários, pais) poderá trazer alegrias ou tristezas que influenciarão o modo de cada um perceber o mundo e aumentará ou diminuirá a potência de agir nesse mundo. Neste estudo, mundo é entendido como o ambiente escolar e afetos, é compreendido como dimensão ético-política. Para ele, os afetos irão definir a potência de ação no mundo que poderá ser aumentada ou diminuída, pois os afetos podem ser definidos por desejos ou por ideias também passionais. E a afetividade pode ser entendida como a capacidade do ser humano elevar seus instintos à consciência por meio de significados.

Para Vygotsky (1991), a formação de conceitos pelo homem é feita pelo pensamento, linguagem e emoções, que funcionam como elementos mediadores no processo de inter-relação do sujeito como objeto do conhecimento, em que a pessoa constrói e transforma a si mesmo e o contexto no qual vive; ou seja, com procedência na interação social e no pensamento generalizante, o humanídeo agrega outras maneiras de compreender o mundo e de produzir conhecimento, de transformar e ser transformado.

Damásio (2012) acrescenta que os sentimentos são frutos da percepção das emoções evocadas pela experiência do humano no mundo desde outras funções psicológicas, como a memória, a imaginação e também o pensamento, que irão ensejar outras emoções que terão novos significados. Os sentimentos pressupõem a elaboração cognitiva de significados. Para Bomfim (2003), a afetividade, como expressão simbólica do espaço, é muito estudada pela Psicologia social e ambiental por ser uma dimensão psicológica, diretamente integrada aos processos cognitivos.

Com base nessa perspectiva, o ser humano é divisado como um ser multidimensional, e, portanto, complexo. Vive em conjunto com outros, em um meio, inserido, participativo, cercado de outros animais, objetos, crenças e trabalhos,

numa constante transformação interna (valores, crenças, e paradigmas), como também autor de transformações dos fenômenos sociais e ambientais, movidos por sua afetividade.

Ante o exposto, neste estudo, a afetividade é entendida como categoria de análise, na medida em que “[...] possibilita, além do conhecimento sobre o ambiente, observar como os indivíduos agem e se posicionam nesse espaço” (PINHEIRO; BOMFIM, 2009, p.53).

Pol (1996) entende como necessário as pessoas terem uma identificação com seus territórios para a consolidação das suas personalidades e, com isso, estruturarem suas cognições e relações sociais; identificação esta que vai se formando por meio do diálogo com o ambiente e da elaboração do lugar que constitui a apropriação (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006). Não deve estar ausente daí a afetividade, pois, pelos afetos, as pessoas inserem significados às suas ações, e a experiência emocional em um lugar tem por base a relação dialética entre o sujeito e o ambiente, ensejando transformação mútua (CORRALIZA, 1998).

A afetividade é reconhecida como a força motriz do desejo de agir motivada pelos impulsos das relações que um sujeito estabelece nos contextos em que vive. É por via dos afetos, de acordo com Rolnik (2006), que se dá o processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização existenciais, onde certos acontecimentos potencializam mudanças de subjetividades que irão interferir significativamente no modo como os sujeitos vão significar e interagir com o mundo.

Para Morin (2001), a complexidade humana é concebida pela tríade cérebro, cultura e mente, em que a relação entre essas instâncias são complementares e também antagônicas, comportando conflitos entre razão-afetividade e mente, que também conservam entre si uma relação instável, permutante e rotativa. Sendo assim, a afetividade se opera por meio desse processo dialético entre professor e escola que pode ser acessado com suporte nas afecções circulantes no ambiente educacional e a modificação desse ambiente. Necessidades afetivas de seus usuários é o primeiro passo para o estabelecimento de um espaço educacional saudável.

Corroborando essa concepção, o Ministério da Saúde recomenda que estratégias voltadas para a promoção da saúde envolvam variadas dimensões humanas, dentre as quais a afetividade, a amorosidade, a capacidade criadora e a busca da felicidade, definindo tais aspectos relevantes e indissociáveis das outras dimensões (BRASIL, 2002).

Com base no exposto, pretendemos compreender as emoções e sentimentos dos professores com o espaço educacional, identificando quais deles favorecem ou não a promoção de sua saúde.

## Percurso metodológico

O percurso metodológico traçado neste estudo foi baseado na metodologia dos mapas afetivos, desenvolvida por Bomfim (2003), com o intuito de analisar a relação entre o espaço e o afeto com os ambientes, desde a vivência da pessoa.

Os mapas afetivos foram adaptados e aplicados aos professores, a fim de conhecer sua afetividade em relação ao contexto educacional. Utilizam-se os desenhos e metáforas, juntamente com a linguagem escrita dos professores. A intenção foi criar uma situação de aquecimento por meio do desenho para a expressão de emoções e sentimentos e a escrita para a tradução da dimensão afetiva do desenho (BOMFIM, 2008).

### Os mapas afetivos

[...] são imagens ou representações assentadas e sinais emotivos ou expressivos, elaborados a partir de recursos imagéticos (desenhos, fotos, objetos de arte). Afirmamos que eles são reveladores da implicação do indivíduo a determinado ambiente... São orientadores das estratégias de ação e avaliação em níveis de apropriação (pertencer ou não a um lugar), apego (vinculação incondicional a um lugar), identidade social urbana (conjunto de valores, representações, atitudes que tomam parte da identidade do indivíduo no lugar) (BOMFIM, 2003, p.212).

Nesta pesquisa, o termo cidade foi adaptado para o *ambiente escolar*, e os mapas ajustados para a compreensão da afetividade do professor com o ambiente escolar. Essa metodologia já foi utilizada em diversos estudos que abordaram a relação afetiva de sujeitos com relação a ambientes, como o centro de Fortaleza (BERTINI, 2006), abrigos para adolescentes (RIBEIRO, 2008), hospital (PINHEIRO, 2009), ambiente esportivo (VIANA, 2009), casas de saúde (PONTE, 2010), dentre outros.

Os mapas afetivos foram formados com base nos desenhos realizados pelos professores, retratando o modo como estes veem e sentem a escola. Posteriormente, eles foram convidados a comentar o significado deste desenho, expressar sentimentos em relação a ele, falar livremente sobre o que pensam da escola, além de realizar uma comparação da escola com algo que lhes seja significativo, permitindo uma elaboração metafórica desta. Por último, foi solicitado que informassem os locais da escola que mais frequentam, o que eles fazem ali e com que pessoas convivem.

## Resultados

O estudo foi desenvolvido na Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, que funciona como campo de prática de estágio para alunos dos cursos dos Centros da Saúde da Universidade de Fortaleza, e foi realizado nos períodos de janeiro a outubro de 2010. As atividades da escola são voltadas à educação de crianças em idade pré-escolar e escolar em situação econômica e social desfavorecida.

A opção por esta escola decorre do fato de ter acesso a vastas ações de saúde e amplo investimento nessa área, fruto do programa de responsabilidade social e de extensão da Universidade de Fortaleza. Seu currículo é enriquecido com atividades como Informática, Artes Plásticas, Psicomotricidade, Dança, e Educação Física, o que confere à Escola a circunstância de espaço de grande influência na formação de papéis sociais e prática, consoante os preceitos definidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS para a Escola Promotora de Saúde.

O professor foi escolhido como sujeito desta pesquisa, pois entendemos que seu papel é fundamental para viabilizar toda mudança no cotidiano da escola em prol das ações promotoras de saúde, já que mantém contato com alunos, direção e pais, e representa um elo entre todos estes agentes sociais do ambiente escolar. De acordo com Gonçalves (2003), os professores são fundamentais para fomentar o trabalho real de Educação em Saúde, visto que esta proposta está cada vez mais centrada na aprendizagem e no desenvolvimento das capacidades dos alunos e não meramente no repasse de conceitos.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: possuir no mínimo um ano de vínculo com a escola, contato direto com ações promotoras de saúde, além do interesse e disponibilidade para participar do estudo. Do quadro funcional composto por 25 professores, 12 atenderam aos requisitos, entretanto apenas dez participaram da pesquisa. Dois foram excluídos por estarem afastados por licença médica.

Os participantes da pesquisa possuem idade de 28 a 58 anos, sendo que 80% destes possuem acima de 35 anos de idade. O tempo de dedicação ao magistério varia de seis a 19 anos, sendo 80 % vinculados à escola há mais de oito anos. Todos são do sexo feminino e a maioria (seis professoras) é polivalente, ou seja, ensina Português, Matemática, Natureza e Sociedade. Os demais ensinam as seguintes disciplinas: Informática (um professor), Leitura Infantil (um professor) e dois lecionam a disciplina Artes Plásticas.

Para resguardar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por números que corresponderam à ordem pela qual a entrevista foi realizada.

Destacamos o fato de que os dados são abordados desde a perspectiva cartográfica, na qual o fenômeno não se encerra em si, mas está em permanente elaboração e desconstituição, visto que o objetivo da pesquisa é compreender as interferências mútuas entre afeto do professor e ambiente escolar.

Com base no método de Bomfim (2003), analisamos os mapas afetivos após a categorização das respostas em *unidades* com fins de *diferenciação e condensação*, o que levou às seguintes dimensões: 1. as características sociais com a variável idade, sexo, há quanto tempo trabalha na escola, que disciplina leciona; 2) Desenho: o sujeito desenha a maneira de ver, sentir e representar a escola. O objetivo principal do desenho é facilitar a expressão das emoções. Para isso, fornecemos uma folha em branco, lápis, canetas coloridas e giz de cera; 3) Significado do desenho: esclarecimento do que o sujeito quis expressar com o desenho; 4) Sentimento: o sujeito expressa e descreve os sentimentos emergidos a partir do desenho elaborado por ele e sobre a escola; 5) O que pensa da escola: elaboração oral do que o sujeito pensa sobre a escola. Esse item, assim como o desenho, poderá catalisar uma nova elaboração de sentimentos sobre o ambiente escolar; 6) Comparação da escola: solicita-se ao sujeito a comparação da escola com algum objeto. Essa etapa possibilita a elaboração de metáforas e sintetiza a compreensão sobre a comunicação do afeto com o ambiente escolar; 7) Espaços utilizados: descrição dos locais percorridos com maior frequência pelo sujeito na escola, além da justificativa do que ele faz e com quem convive nesses espaços.

Vale ressaltar que utilizamos o termo mapa por se tratar do nome da metodologia utilizada pela referida autora, criadora do método. Abordamos, porém, os dados desde uma perspectiva baseada na teoria da complexidade, na qual o fenômeno não se encerra em si, mas está em decurso de elaboração e desconstituição, visto que o objetivo da pesquisa foi compreender as interferências mútuas entre afeto do professor e ambiente escolar.

### Os mapas afetivos e a apreensão dos afetos docentes sobre a escola

Os mapas afetivos favoreceram a expressão de vários afetos do professor sobre a escola, dentre os quais, o sentimento de amizade, companheirismo e de união entre os docentes, considerados como importantes para que a escola fosse vista como espaço agradável. Restou evidenciada a percepção de que os bons relacionamentos interpessoais nesse ambiente constituem um elemento que promove saúde. Além disso, o vínculo com os alunos e a percepção do aprendizado destes, o amor à profissão, o senso de responsabilidade com o trabalho, além da participação em sala, também merecem destaque na pesquisa, na medida em

que podem ser compreendidos como determinantes para a promoção da saúde na escola. Estes fatores proporcionam o bem-estar do professor e implicam a valorização e apoio destes às ações em prol de melhorias para os alunos, dentre as quais, as ações promotoras de saúde.

A escola e seus docentes, entretanto, pressupõem uma infinidade de relações instáveis e distintas, como as descritas por Morin (2001). Essas instabilidades e contradições foram percebidas em diversos sentimentos conflituosos para com o ambiente escolar e entre as pessoas que fazem parte dele. Pol (1996, p.50) acentua que

As pessoas, individualmente ou de forma coletiva, necessitam identificar territórios como próprios, para construir sua personalidade, estruturar suas cognições e suas relações sociais e ao mesmo tempo suprir suas necessidades de pertença e de identificação.

Tal identificação vai se fazendo pelo diálogo com o ambiente e constituição do lugar, que encerra apropriação (MOURÃO; CAVALCANTE, 2006). Sawaia (1999) alerta para a noção de que a participação em movimentos sociais não é unicamente racional, demonstrando que nem sempre o aumento do pensamento crítico ou do conhecimento da legislação nos leva ao envolvimento nesse tipo de ação. E conclui que

o aprendizado de uma regra não conduz necessariamente à ação, pois o compromisso político não é uma questão de opção puramente cognitivo-instrumental. Ele é vivido como necessidade do eu, como desejo. Mesmo quando o indivíduo age em nome do bem comum, a ação implica no exercício de motivação individual, portanto vontade e afetividade são dimensões fundamentais (p.155).

Com efeito, pudemos perceber que alguns professores, por exemplo, ao responderem ao estímulo do desenho, definiram a escola como uma família, um sol em suas vidas, um espaço de amizade e apoio, em que o trabalho é realizado com paz, união e harmonia, com todos compartilhando o mesmo objetivo.

O Professor 1 expressa em desenho o sentimento de amizade e o companheirismo que estão na escola, onde todos estão focados no objetivo de estabelecer uma educação de qualidade. Ficou evidente, entretanto, sua angústia em relação à necessidade de disponibilizar grande parte do tempo da sua vida ao trabalho docente, o que exige muita doação, visto que, para ele, a escola é simbolizada como sua casa, pois passa mais tempo nela do que em seu lar. Assim, para ele,

o equilíbrio da administração da vida pessoal com a profissional é um aspecto relevante para a garantia de uma qualidade de vida no trabalho.



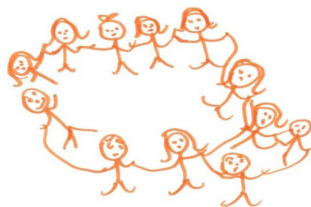
Desenho Professor 1.

O Professor 8 expressa em seu mapa extrema valorização da escola em sua vida, pois doou 19 anos de sua existência para o trabalho docente nesse lugar. Sua ligação com a escola ainda continua forte, na medida em que a significa como sua segunda casa e a razão da sua existência.



Desenho professor 8

Em consonância com esse ponto de vista, o Professor 9 significa a escola como sua família onde os colegas integrados pela amizade desenvolvem o trabalho sempre em busca de melhorias.



Desenho professor 9

Em contrapartida, o Professor 10 percebe o ambiente educacional como um barco com arestas a serem aparadas que corre rumo à colheita de bons frutos, preparados pelo sentimento de harmonia e cumplicidade entre os professores, o que também exige doação do professor, por ser responsável pela proteção das crianças e por passar mais tempo na escola do que em sua casa.



Desenho professor 10

Com base nas falas e nos desenhos, podemos compreender que, mesmo com sentimento de angústia com relação à necessidade de disponibilizar grande parte do tempo da sua vida ao trabalho docente, a escola é vista como uma família, um lugar de amizade, paz e harmonia, a segunda casa.

Esses aspectos parecem demonstrar que a escola pode ser percebida como um ambiente em potencial para a sustentabilidade da proposta de promoção da saúde, na medida em que produz sentimentos agradáveis ao professor que, ao se implicar nesse ambiente, movido por suas emoções e afetos, se compromete com o movimento de transformá-la num espaço em constante melhoria.

Shepherd e Cerqueira (2003) apontam a escola como instituição privilegiada para implementar as ações promotoras de saúde, pois podem aproveitar as oportunidades de influir positivamente na vida dos alunos, das famílias e da comunidade, desde que se abra para a colaboração e participação dos funcionários, professores, alunos e todos os agentes e setores sociais com ela envolvidos

Releva evidências, entretanto, que não foi identificada, na maioria dos discursos sobre a escola, a percepção de que esta também pode ser percebida como um espaço de melhorias de vida e desenvolvimento de habilidades pessoais e oportunidades profissionais para os professores. Isto parece sustentar a crença do docente de que a escola e seu trabalho devem ser unicamente voltados para as melhorias na vida das crianças e não da escola como um todo.

No desenho do professor, ele demonstra a percepção da escola como um local de amizade, em que a forte solidariedade e a união entre os professores servem para proteger as crianças. Durante a elaboração do desenho, este participante expressa sua percepção de que a escola é um quebra-cabeças onde cada professor é uma peça com responsabilidade de contribuir com a proteção das crianças e com a conquista de um futuro melhor para elas.





Desenho professor 2

No mapa do Professor 6, fica evidente a responsabilidade do docente, quando este conceitua a escola como um espaço de troca entre o mundo difícil do aluno com um mundo de oportunidades oferecidas no ambiente escolar. Em seu discurso, no entanto, foi também manifesto o sentimento de desvalorização social diante da sua profissão, o que o leva a encontrar um sentido maior para seu trabalho que é visto como uma missão, pois recebe baixos salários.



Desenho professor 6

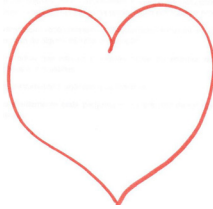
Corroborando a ideia de que a escola é um espaço onde todos possuem a responsabilidade de cuidar e satisfazer as necessidades afetivas, educacionais e sociais dos alunos, o Professor 3 percebe a escola como um jardim, nos quais os professores e a equipe pedagógica se enfeitam, criam e se transformam para cuidar dos alunos e de suas necessidades. Para ele, este ambiente é visto como um espaço de troca com a família, pois os ex-alunos são pais dos alunos atuais e, por estar inserido numa comunidade carente, o contato com a família ajuda a conhecer os aspectos sociais da vida dos discentes, contribuindo para a constituição de processo educativo coerente com a realidade dos alunos. Estes pontos foram também expressos nos desenhos dos Professores 4 e 5.



Desenho professor 3



Desenho professor 4



Desenho professor 5

A responsabilidade do papel do professor evoca também um sentimento de indignação e sofrimento ante a desvalorização da sociedade, visto que o trabalho docente é percebido como muito desgastante, o que o separa da família e demanda muito esforço físico e emocional. Eles demonstram alguns dos fatores que comprometem a saúde física e mental do professor: a exigência física e emocional do trabalho docente e o desgaste emocional por atender as carências afetivas dos alunos. Assim, emergem sentimentos de cobrança, desgaste, tristeza e insatisfação dos docentes, conforme se vê na reprodução de suas falas:

Porque é assim? Nosso trabalho é tão importante e tão desvalorizado. Porque eu continuo? Tem momento de aflição e aperseio e porque eu continuo? (PROFESSOR 6).

Gostaria de mudar o olhar das pessoas sobre a escola, que as pessoas dessem mais importância para o nosso trabalho. Não me sinto muito feliz nas circunstâncias que vivem as escolas hoje, me sinto desorientada com coisas que presencio como a violência e o descaso. (PROFESSOR 7).

[...] todas as crianças de hoje, ricas ou pobres tem muita carência afetiva e só com amor nosso para suprir essa carência. (PROFESSOR 5).

Esses discursos podem ser confirmados nas ideias de Bicudo-Pereira et al. (2003), quando definem como urgente a necessidade de intervenções de promoção da saúde voltadas para o professor trabalhador, que, estando adoecido e insatisfeito, não estará em melhores condições para implementar as ideias e propostas de promoção da saúde no ambiente educacional.

Mesmo havendo tais sentimentos de tristeza e desgaste, o amor pela profissão e a valorização das relações parece dar sentido ao envolvimento do professor com o seu labor e no suprimento das necessidades das crianças.

Entendemos que a aplicação do conceito de promoção da saúde na escola predispõe um novo papel para o professor, na medida em que a aprendizagem e a aplicação dessa proposta no cotidiano educacional exigem a superação de seu estado de repassador de conhecimentos, para assumir outra posição que compreende a facilitação do desenvolvimento de habilidades e mediação de vivências e práticas no contexto escolar.

### Considerações finais

Com base no referencial teórico-metodológico, fruto da integração dos saberes da Psicologia ambiental e sua percepção da afetividade como categoria de análise da relação sujeito e ambiente, evidenciaram-se elementos significativos, visto que, por intermédio dos mapas afetivos emergiram diversas e significativas emoções no professor ao falar de sua relação com a escola. Consideramos que, mesmo com a escola sendo percebida como um local familiar e agradável, nos discursos dos professores, foram expressas insatisfações que envolvem baixos salários, desvalorização social e o distanciamento da família, e que podem ser vistos como demandas para o trabalho, voltadas para a saúde do professor, envolvendo suas necessidades emocionais e sociais.

Tais aspectos evidenciam a necessidade de ampliar o debate da promoção da saúde na escola para as políticas públicas de Educação, uma vez que a insatisfação relativa a salários e a desvalorização social constituem fatores que influenciam diretamente em sua qualidade de vida e comprometem os resultados do seu trabalho, inclusive no que diz respeito à proposta e promoção da saúde na escola.

Na perspectiva da promoção da saúde, este estudo defende a ampliação das discussões sobre educação e promoção da saúde em direção à sustentabilidade de programas que possibilitem melhor qualidade de vida dos povos. A falta de investigação e de avaliações aprofundadas sobre as ações de promoção da saúde na escola constituiu-se um problema de proporções significativas, pois as abor-

dagens dos estudos empíricos sobre este assunto são associadas à descrição de propostas de intervenção e/ou formação dos profissionais de saúde envolvidos com essa área, sem levar em consideração o trabalho dos professores no contexto educacional.

## Referências

BERTINI, F. M. A. *Centro de Fortaleza, lugar de transformações: o idoso e os afetos implicados*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2006.

BICUDO-PEREIRA, I.M.T; et al. Escolas Promotoras de Saúde: onde está o trabalhador professor? *Saúde Rev*, v 5, n 11, p 29-34, 2003.

BOMFIM, Z.A.C. *Cidade e Afetividade: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e São Paulo*. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n.4, Ago. 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022)> Acesso em: 17 Dez 2010

\_\_\_\_\_. Afetividade e Ambiente Urbano: Uma proposta metodológica pelos mapas afetivos. In: GUNTHER, H; PINHEIRO, J.Q. *Métodos de Pesquisa nos Estudos Pessoa-Ambiente*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2008. pp. 253-280.

CORRALIZA, J.A. Emoción y Ambiente. In: ARAGONES, J.I; AMÉRIGO, M. *Psicología Ambiental*. Madrid: Ediciones Pirâmide, 1998, pp.281-302.

DAMÁSIO A. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo (SP): Companhia das Letras, 2012.

GONÇALVES, F. *A promoção da saúde na educação infantil: relatos de estudos avaliativos*. Dissertação Mestrado em Educação e Saúde. Universidade de Fortaleza-Brasil, 2003.

GONÇALVES, F.D. *La promoción de la salud en la escuela: um estúdio evaluativo sobre los efectos de los programas gubernamentales para la conversion de los establecimientos educacionales em espacios promotores de salud*. Tese de Doutorado. Facultad de Educación, Chile, 2009.

IHUPE - International Union for Health Promotion and Education. *Promover la Salud en la escuela: de la evidencia a la acción*. Saint-Denis. 2013. Disponível

em: <[http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action\\_SP.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_SP.pdf)> Acesso em: 11 fev 2015.

LYNCH, K. *La imagen de la Ciudad*. Barcelona: Editorial Gustavo Gil, 1988.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo (SP): Cortez, 2001.

MOURÃO, A.T; CAVALCANTE, S. O processo de construção do lugar e da identidade dos moradores de uma cidade reinventada. *Estudos de Psicologia*, v.11, n.2, pp. 143-151, 2006.

OMS/OPS. *Escolas Promotoras de Saúde: entornos saudáveis e melhor saúde para gerações futuras*. Washigton, DC: OPS/OMS, 1998.

PINHEIRO, G.R.; BOMFIM, Z.A.C. Afetividade na relação paciente e ambiente hospitalar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, n IX, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27113836003>> Acesso em:

POL, E. La apropiación del espacio. In: IÑIGUEZ, L; POL, E. (Org.) *Cognición, representación y apropiación del espacio*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1996.

PONTE, A.Q. *Afetividade de idosos de vida religiosa consagrada e a moradia na casa de saúde: projetos de vida e processo de estabilização residencial*. Dissertação Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE, 2010, 125p.

RIBEIRO, J.M.L. *Laços afetivos que (des)ligam famílias, adolescentes e abrigo*. Dissertação Mestrado em Psicologia – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE, 2008, 172 f.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre (RS): Sulina/Ed. da UFRGS, 2006.

SAWAIA, B.B. O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: \_\_\_\_\_. *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. *Por que investigar afetividade?* Texto apresentado para o concurso de professor titular de Sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

SHEPHERD, I.J.; CERQUEIRA, M.T. Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud en las Americas. *Inter Union Health Promo Educ.* 2005; 12 (3-4): 220-9.

SPINOZA, B. *Ética*. Tradução: Tomaz Tadeu. Belo Horizonte (BH): Autêntica, 2009.

VIANA, L. G. *Afetividade e ambiente esportivo: sentimentos e emoções de atletas de competição*. Dissertação Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE, 2009, 129p.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1991.

\_\_\_\_\_. *Pensamento e linguagem*. 2. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1989.

## CAPÍTULO 7

# SITUACIÓN DE LAS INMIGRANTES EN LA CIUDAD DE MADRID

*Almudena García Manso, / José Manuel Peixoto Caldas  
Ana Maria Fontenelle Catrib / Raimunda Magalhães da Silva*

Mujer, inmigrante, racial y postcolonial son el resultado de largas historias, las del racismo, las de la misoginia y las de la desigualdad social. Por acumulación de variables hemos llegado a uno de los sujetos más subalterno de las sociedades contemporáneas: la inmigrante racializada postcolonial. Subalterno, recordando la definición que de Gayatri (2010) da y que recordamos más abajo.

### Sobre la inmigración poscolonial

Ellas son las invisibles demasiado visibles, su piel delata su existencia que incomoda en algunos momentos a la norma racial, esa norma que no existe pero que fue confeccionada tras el descubrimiento de América y reafirmada como el racismo es elevado a teoría científica, los debates eclesiásticos entorno al indio y su condición. Los debates de la Ilustración sobre los derechos del hombre y quien tiene esos derechos, consolidar a través de las teorías del Drawinismo social no sólo el racismo o la raza como forma de clasificación de los sujetos, sino como forma de afianzar la idea de la esclavitud, forjó a sangre y fuego un terrible escenario a futuro: la raza quedó asentada como variable social de distinción, estatus y discriminación (Mbembe, 2016; Segato, 2015; Coquery-Vidrovitch, 2015; Chukwudi, Paget, Castro-Gómez, Mignolo 2014; Todorov, 2013; Fernández Durán, 2012; Fuentes, 2012; Geulen, 2010).

Raza, una etiqueta social fundada en la producción y acumulación del capital (FEDERICI, 2004) y de la colonialidad, desató una de las más cruentas clasificaciones sociales que diferenció y discrimino a las ya existentes minorías sociales. Tales como son la mujer, la infancia, la ancianidad, las diversidades sexo/genéricas y las étnicas. Tenemos ante nosotros una gran otredad (TODO-ROV, 2013) que se aleja demasiado de ser una alteridad -el otro que es igual que nosotros en derechos y deberes, pero es diferente- (YOUNG, 2011).

Hoy en día, en los momentos en los que los países coloniales han tenido que dejar atrás su poder sobre otros territorios y otras personas, más bien casi todos -pues Reino Unido aún continúa siendo una corona colonial-. Recalamos “han tenido que dejar de ser colonias”, pues si fuera por el poder y beneficios que genera la violencia de la expropiación de cuerpos, tierras y materias, esos países generarían dinámicas para mantener la violencia de la colonialidad. Pero esas tierras ya no aguantaban o bien, que más seguro es que sea ésta la opción válida, existe un neocolonialismo. El de la sociedad de la globalización y el capitalismo salvaje.

Ahora nos damos cuenta porqué el cuerpo de la mujer racial es un cuerpo más objeto que el cuerpo de la mujer no racializada, es decir aquella que no procede de las colonias. Aunque la condición de mujer como minoría social y sujeto incompleto se ha mantenido desde los discursos aristotélicos y de la filosofía posterior (POWER, 2013). Pero es en la religión donde el discurso patriarcal y misógino se gesta y expande, no tenemos demasiadas pruebas arqueológicas para que podamos afirmar con toda certeza, es decir al 100%, que las religiones iniciales animistas eran de cariz misógino, pero sí podemos afirmar que las estratificadas lo eran y lo son, aquellas que ya tenían marcados sus diferentes rangos de poder, distribuidos por el significado de la reproducción, la división de esferas y la división sexual del trabajo, estamos hablando de las babilónicas, mesopotámicas, egipcias, vikingas, celtas, asiáticas, orientales, hasta llegar a las religiones del libro, las tres grandes religiones que marcan un antes y un después en la historia social de occidente. La judía, la Cristiana y la Musulmana, estas tres religiones enfatizan la misoginia por poder capital que ya se daban en las demás, materializando dos arquetipos el de la mujer como sujeto inferior al hombre, pues tal y como indica el Génesis ella es creada de la costilla de Adán, y contenedora de todos los males, pecados y tentaciones. Solo la pureza y la castidad salva a la mujer de esa naturaleza que, desde los escritos político-religiosos -Biblia, Corán, Torá, Pentateuco, Nuevo y Antiguo Testamento, Catecismos y demás textos religiosos- es descrita (GARCÍA-ESTÉBANEZ, 2008).

Raza y género/sexo son variables determinantes en la diferencia, desigualdad y discriminación social contemporánea, a las que hay que añadir la diversidad sexo/genérica, el nivel de pobreza y gasto, la capacidad de producción y reproducción y el país o continente de procedencia.

Vemos que son variables considerables y de un orden social fundamental. Pero nos falta una variable más, la salud, el estado de bienestar físico y psicológico. No sólo hacemos mención a la ausencia de enfermedades o riesgos de contraerlas, sino que se incluye el bienestar y los estilos de vida saludables.



## Devenir migrante: españa.

en la era de la globalización todas estas variables confluyen y se materializan, en la figura de la inmigrante postcolonial. Mujer, pues la inmigración en la actualidad y en España es una inmigración feminizada, tal y como más adelante comentamos. Un fenómeno que parece ser que se da más en España que en otros países de la Unión Europea.

Curiosamente esta inmigración es una inmigración por proximidad cultural e idiomática, de ahí que, salvo la inmigración rumana y china, el resto es por proximidad cultural -como por ejemplo la inmigración marroquí y del resto de África y la Sur americana- e idiomática como lo es la Sur americana y la de Guinea Ecuatorial.

Vemos que la colonialidad ha generado un efecto boomerang en la actualidad. El inmigrante, aunque no siempre, procede de un país poscolonial, un territorio que otrora estaba dominado por el país que ahora acoge esa población.

La inmigración, si otrora era otra forma más estilo de vida, pues los sujetos sociales se movían en función de sus necesidades, de manera nómada o por expansión territorial y poder. Es a partir del siglo XVI el periodo de la colonización, la acumulación del capital y la ruptura con los regímenes antiguos, la posterior industrialización y la modernidad, cuando la inmigración tiene otro cariz más dramático, pues ya no se pliega a los antiguos preceptos ni a los tiempos históricos de las conquistas -imperio romano o la expansión otomana- sino al capital como estrategia de expansión, la patria o la idea de grandes imperios físicamente cercanos -Romano están entre los intereses del capital. Dramático pues convierte a los sujetos en meros objetos a utilizar y en meros objetos que gobiernan y subyugan, producen y reproducen bajo el nuevo mandato del capital (FEDERICI, 2004).

Estos cambios en los movimientos y desplazamientos poblacionales, antecedentes de la actual inmigración, surgen entre el periodo de finales del siglo XV hasta principios del siglo XX, esta inmigración fue forzada, forzosa y libre.

En España, la movilización se dio principalmente entre la población musulmana y la judía- sefardí, pues tras los edictos de expulsión de los Reyes Católicos tenían unas opciones muy limitadas de continuar viviendo en el país, tan pequeñas que se reducían a la conversión religiosa. La Inquisición española y el afán de los Reyes Católicos, cuyo fin pecuniario supuso la expulsión y / o erradicación de moriscos y judíos, contrajo un gran éxodo de población en España.

Además del éxodo Sefardí y morisco, otras movilizaciones forzadas se fraguaron en ese periodo de tiempo en la vieja Europa -las guerras de religión y los

movimientos provocados por la inquisición contra las herejías-, pero no sólo se dio en el Continente Europeo, también fueron testigos de esa nueva migración forzada al continente africano.

La esclavitud negra vino de la mano de un objetivo económico: la acumulación del capital. Estas personas que eran secuestradas, cazadas o capturadas para sustituir la mano de obra de los indígenas procedían de los países del África colonial negra. Una comercialización que supuso el movimiento poblacional de millones de africanos en dirección al “Nuevo mundo” vía navíos mercantes, abanderados por comerciales ingleses, franceses, portugueses y holandeses entre otros (MANNIX; COWLEY, 1970).

Los indígenas habían obtenido el estatus de personas con alma en las colonias españolas, por ello no eran esclavos naturales. Todo ello sucedió tras la barbarie acontecida por las tropas y descubridores de la Corona Española, los cuales, junto con las enfermedades contraídas, a las cuales no estaban acostumbrados, fueron mermando la población indígena de manera alarmante y brutal (DE LAS CASAS, 1985). Todo esto supuso la búsqueda de mano de obra esclava en África, legalizándose la esclavitud sólo de la población negra (MANNIX; COWLEY, 1970). Esta mejora en el estatus social de los indios permitió la legalización de los matrimonios mixtos entre españoles e indígenas, pero no entre indígenas y negros, ni negros con españoles (DE LAS CASAS, 1985).

La población negra pasó a ser una población común y numerosa en toda América, tanto las colonias francesas, holandesas, españolas y británicas, las cuales se habían situado más al norte del nuevo continente.

Otro de los movimientos poblacionales forzosos fue el derivado de las condiciones socio económicas y políticas en el viejo continente. Europa estaba frente a la caída de los antiguos regímenes teocráticos, los avances científicos, filosóficos y sociales eran la antesala de la ilustración. Pero a finales del siglo XV quedaba lejos ese futuro fundado en los derechos civiles del hombre, a finales de dicho siglo comenzaba a darse lo que Marx denominó la acumulación del capital (FEDERICCI, 2008), ese periodo de tiempo que existe desde el fin de la edad media y el principio de la industrialización, un tiempo en el que se va forjando las futuras divisiones sociales –capital/proletariado- y las dinámicas del mercado del consumo-producción, donde el valor de un sujeto está en función de lo que vale materialmente, como productor y reproductor, de lo que es capaz de consumir y el valor simbólico de la clase social heredada (TODOROZ, 2013).

Durante esos siglos el colonialismo se expande, con él los colonos por tierras por evangelizar, conquistar, saquear o gobernar (BELTRAN, 2006). Los países con exceso de población, sobre todo en las grandes urbes, como lo fue Reino unido, pues en ese periodo de tiempo la ciudad iría acogiendo a los campesinos

que la desamortización dejó sin tierras libres, a un éxodo rural sin oportunidades de sobrevivir y que se hacían en las ciudades, mal viviendo y mal trabajando. Todo ello unido a la eclosión de la primera revolución industrial y el advenimiento de la era de la ilustración, la cual avivó el concepto de ciudadanía y dio pautas para la emancipación de los colonos británicos de la corona.

Digo que fue una migración forzosa pues muchos de los que se aventuraban hacia el nuevo mundo eran pobres, familias enteras sin tierras ni trabajo, sin oportunidades. Ello sucedió sobre todo en las colonias británicas, pues las demás colonias no tenían una población tan desruralizada. Ciertamente, que marcharon muchos en busca de oportunidades y de un futuro mejor, españoles y franceses, pero lo hicieron sin el ansia de ocupar territorios por carencia absoluta de los mismos, algunos lo hacían por huir de la justicia, otros por la idea de triunfar socio económicamente en los nuevos mundos (FERNÁNDEZ-ARNESTO, 2004).

Curiosamente los siglos de la modernidad, que no es el XX propiamente dicho, la inmigración tenía connotaciones de colonialidad, de búsqueda de una vida mejor en otros lugares del mundo –América del Norte Australia- y sobre todo tenía una connotación más romántica la del explorador y exploradoras, biólogos/as, arqueólogos/as, naturalistas y seguidores de Darwin que querían continuar explorando lo no conocido o lo no contactado por el hombre “civilizado”.

La inmigración posterior a la modernidad, fue una inmigración por pobreza, por falta de oportunidades y por éxodos masivos derivados de las atrocidades de las guerras, los genocidios y las persecuciones –el siglo XX se caracterizó por ser el siglo de las guerras-, los campos de concentración, el exilio político, ideológico, religioso y sexual, fueron los rasgos y siguen siendo, de la inmigración a grandes rasgos.

Dentro de esos éxodos forzosos o libres –salvo en los conflictos bélicos que eran forzados- de la población, a veces de manera pendular, y con la idea, en algunos, de un retorno glorioso y adinerado. La recurrencia es la de falta de oportunidades laborales, económicas y de desarrollo en el país de origen, la necesaria búsqueda de un sustento para la familia del país de origen y la búsqueda de una vida próspera, digna y mejor.

Sin meternos en las otras tipologías de desplazamientos demográficos, los refugiados y los axilados políticos, ideológicos, religiosos, etc., nos centramos en esa inmigración que parte con la esperanza puesta en la mejoría, en salir de un contexto en ocasiones pobre y violento, en huir de un pasado donde la única alternativa era la miseria, la delincuencia, la mendicidad o la violencia. Pero inmigrar es sinónimo de valentía y de esperanza. El mayor drama humano, la in-

migración, pues el desarraigo, la soledad, el miedo, el engaño y la desesperanza no son ajenas a este proceso, es visto como una oportunidad, en ocasiones real en toras muchas figurada por aquellos que ya vinieron y tuvieron que retornar.

En toda esta explicación, sobre todo aquella que hace mención a los movimientos poblacionales forzados o esclavitud, tenemos que dejar claro que, una cosa es la esclavitud y el secuestro y la movilidad forzada y otra muy diferente es la inmigración. Este trabajo sólo pretendía hacer memoria, histórica, pero memoria de porqué nos encontramos ahora una inmigración, poscolonial y racial.

La inmigración como movimiento y flujo poblacional en España tiene en su mayoría nombre de mujer. Pues estamos ante una inmigración feminizada, sobre todo la Latinoamericana. Ellas han sido mayoritariamente las que migraron y migran. Representando la encrucijada entre colonialismo, imperialismo, nacionalismo y fundamentalismos culturales y tradicionales. Son la representación misma de un capitalismo globalizado, patriarcal y racialmente estructurado (BHAVNANI; COULSON, 2002).

Gayatri (2010) en su obra *Crítica de la razón poscolonial. Hacia una crítica del presente evanescente*. Deconstruye y persigue, dentro de la propia cultura occidental, a la “violencia epistémica” del colonialismo europeo. Violencia que ha permitido convertir a occidente una idea universal del mundo y la vida, enmascarando con ello las estrategias de explotación y dominación que han posibilitado su hegemonía contemporánea. Para ello parte de la idea del del “informante nativo”, el cual se convertirá en un híbrido entre lo metropolitano y lo poscolonial. Un subalterno que puede subvertir las normas y permitir la construcción de identidades de empoderación.

En esta deconstrucción cultural debemos incluir la idea de subalterno (GAYATRY, 2011). El subalterno hace referencia a “los grupos oprimidos y sin voz; el proletariado, las mujeres, los campesinos, aquellos que pertenecen a grupos tribales” (GIRALDO, 2003). El subalterno no puede hablar, puesto que no posee un lugar de enunciación y el subalterno tiene una posición radical que es la de ser mujer y sujeto colonial, doble condición que la convierte en vulnerable dentro del sistema capitalista (MARTÍN-CABELLO, 2013)

La población siempre se ha estado desplazando. Nómadas que se adaptaron a los entornos de manera corporal y cultural, dando lugar a la “estética” de la raza. Hablo de la estética de la raza pues al no existir base biológica, más allá de los rasgos por adaptación, raza y género son dos categorías construidas socioculturalmente con la misma finalidad: Diferenciar, crear desigualdad y discriminación frente a “otro” (YOUNG, 2011), que responde a los parámetros normativos del patriarcado y del capital. Todo este sistema crea “estigmatizaciones en espiral”.

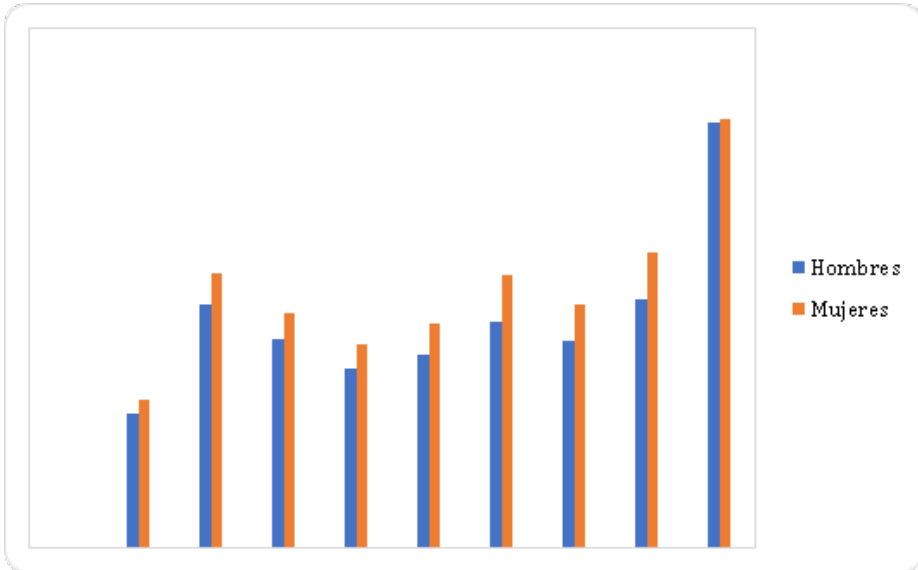
## **Entrando en el contexto: ciudad de madrid.**

Nuestro contexto de estudio se reduce a tres distritos de la Ciudad de Madrid, pues abordamos al objeto de estudio a modo de aproximación exploratoria, el fin no es otro que el de verificar cómo las técnicas cualitativas son útiles para la comprensión de realidades que se escapan de ser analizadas por las técnicas cuantitativas. Sabemos que la ortodoxia metodológica de la inducción y la deducción, en espacios de investigación sobre salud colectiva y salud social siempre han tendido a verse como ámbitos de estudio cuantitativo, cuando lejos de las apariencias, las técnicas cualitativas permiten un acercamiento más próximo, más cercano a lo cultural.

La inmigración en la Comunidad de Madrid está feminizada. Son más las mujeres que inmigran y llegan a Madrid, una tendencia que se ha dado durante estos últimos diez años. Una de las causas podría deberse a la crisis económica que atraviesa toda Europa desde el año 2007, afectando al mercado laboral de la construcción y el sector hostelero, -sectores de empleabilidad masculina- y no tanto a los sectores domésticos y de servicios de atención al público. Pero no es la única.

Las cifras de los datos de población del INE base, población inmigrante en la Comunidad de Madrid, desagregadas por sexo nos muestran esa tendencia a la femineidad de la inmigración:

**Gráfico 1** - Elaboración propia a partir de los datos de población del INE base: Total Nacional y Comunidad de Madrid población inmigrante desagregada por sexos.



Fonte: Elaboración propia a partir de los datos de población del INE base

La ratio de feminidad de la población inmigrante en la ciudad de Madrid, es elevado sobre todo en países de Latinoamérica, siendo inferior en países africanos y orientales. Aún así la inmigración en la ciudad de Madrid es principalmente femenina, estos datos confirman los indicados en el Gráfico anterior. La inmigración se está feminizando cada vez más.

**Tabla 1** - Datos del informe “Madrid datos”. Área de Gobierno de Economía y Hacienda, Subdirección General de Estadística. Población extranjera en la Ciudad de Madrid. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2016.

**6. Población extranjera clasificada por nacionalidad (1) y sexo a 1 de enero de 2016**

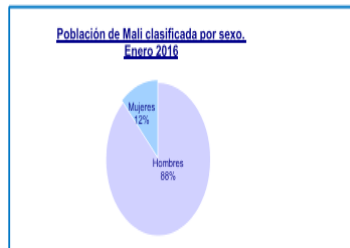
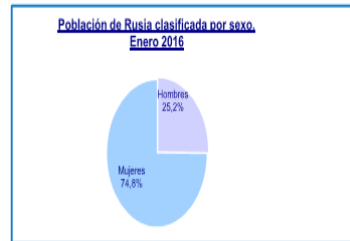
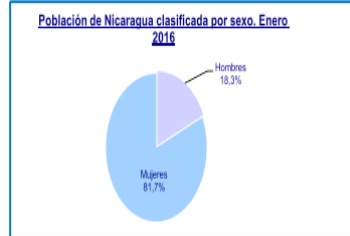
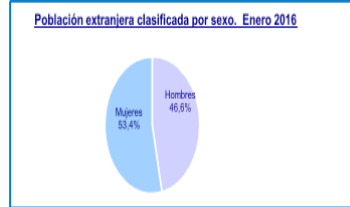
<b>País de Nacionalidad</b>	<b>Total</b>	<b>% sobre total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Ratio de feminidad</b>
<b>Ciudad de Madrid</b>	<b>388.051</b>	<b>100</b>	<b>180.983</b>	<b>207.068</b>	<b>114,4</b>
Nicaragua	3.251	0,8	595	2.656	446,4
Honduras	7.671	2,0	1.645	6.026	366,3
Rusia	2.485	0,6	625	1.860	297,6
Paraguay	16.837	4,3	4.609	12.228	265,3
El Salvador	1.903	0,5	689	1.214	176,2
Japon	1.040	0,3	378	662	175,1
Filipinas	11.018	2,8	4.126	6.892	167,0
Ucrania	8.895	2,3	3.360	5.535	164,7
Brasil	7.733	2,0	3.093	4.640	150,0
Bolivia	17.854	4,6	7.328	10.526	143,6
Polonia	5.713	1,5	2.360	3.353	142,1
Estados Unidos De Americ	7.456	1,9	3.092	4.364	141,1
Republica De Corea	1.004	0,3	428	576	134,6
Moldavia	1.069	0,3	459	610	132,9
Mexico	4.431	1,1	1.959	2.472	126,2
Venezuela	10.160	2,6	4.535	5.625	124,0
Rumania	47.124	12,1	21.104	26.020	123,3
Bulgaria	8.290	2,1	3.815	4.475	117,3
Republica Dominicana	18.249	4,7	8.409	9.840	117,0
Colombia	17.187	4,4	8.060	9.127	113,2
Chile	2.498	0,6	1.198	1.300	108,5
Cuba	4.929	1,3	2.365	2.564	108,4
Peru	15.146	3,9	7.280	7.866	107,8
China	34.124	8,8	16.750	17.374	103,7
Argentina	4.635	1,2	2.314	2.321	100,3
Francia	8.651	2,2	4.331	4.320	99,7
Alemania	4.469	1,2	2.241	2.228	99,4
Portugal	7.111	1,8	3.682	3.429	93,1
Países Bajos	1.439	0,4	761	678	89,1
Ecuador	26.986	7,0	14.468	12.518	86,5
Marruecos	21.583	5,6	11.716	9.867	84,2
Italia	14.837	3,8	8.228	6.609	80,3
Reino Unido	5.329	1,4	2.976	2.353	79,1
Argelia	1.098	0,3	642	456	71,0
Nigeria	1.475	0,4	890	585	65,7
India	1.527	0,4	924	603	65,3
Senegal	2.058	0,5	1.545	513	33,2
Bangladesh	4.590	1,2	3.497	1.093	31,3
Pakistan	1.415	0,4	1.081	334	30,9
Mali	1.078	0,3	960	128	13,5

(1) Países con más de 1.000 habitantes

FUENTE: Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes. Subdirección General de Estadística

Fonte: Datos del informe “Madrid datos”.

Además, esta inmigración se agolpa en las grandes ciudades, se convierte en urbana, y sociolaboral subalterna. En esta modernidad tardía (YOUNG, 2011) resurgen miedos atávicos tales como son la raza, el género y la nacionalidad.



Donde el cuerpo y el idioma se convierten en los ejes de ese terror xenófobo, racista, miedo al bárbaro (BARICCO, 2008)

### Nosotras las subalternas: migración y mujer

El subalterno laboral procede de la necesidad del inmigrante. Pues es él o ella los que tienen que hacer los trabajos que “otros” no quieren o que requieren de una mano de obra necesitada (HERNÁNDEZ CASTILLO; SUÁREZ NAVAS, 2008). Afectado por los choques culturales, sociales, idiomáticos, tradicionales y religiosos, van creando unos nuevos parias sociales. Definidas como vidas desperdiciadas o en proceso de desperdicio. Su conceptualización de vidas desperdiciadas deriva de la imposibilidad y falta de oportunidades necesarias para que estén en el circuito de la producción capitalista avanzada. Un sistema que determina quién es desperdicio y quién no lo es (BAUMAN, 2013).

La posición de las mujeres en general y en particular las inmigrantes, son relegadas a una inmanencia continua, derivada del ya más que asentado sistema de poder patriarcal (Asociación Mujeres en la Transición Democrática 2004). La precariedad y vulnerabilidad, junto con la doble carrera profesional de la mujer y la cultura machista -fuertemente enraizada en la sociedad de recepción y de emisión- sigue siendo la letanía del mercado laboral femenino, inmigrante, poscolonial y racial.

No es la tierra prometida, menos para aquellas que han recorrido miles de kilómetros pensando que al otro lado de cualquier frontera -sea valla, sea aeropuerto, estación de tren, etc., el impacto que sufren al llegar a un lugar desconocido, donde como mucho tienen un conocido o familiar, pero que es hostil -aunque políticamente correcto- sus cuerpos, su racialidad y sus acentos o idioma, marcan una diferencia. El otro, que no es nosotros (YOUNG, 2011).

Esta población, que no es otra que la de nosotros en otro lugar, se enfrenta a unos procesos de contradicción y alteridad, por un lado, deben ser tratados dignamente -según la legislación- pero, por otro lado sin papeles tienen que deportarte a tu país. A lo que debemos sumar el estigma en espiral, la raza, el cuerpo, el idioma, la cultura, la identidad poscolonial y como no la condición de mujeres.

Sin olvidar que transversal a todo este estigma en espiral está el sistema capital y patriarcal.

La naturaleza de subalterna deviene de que, sus voces no son escuchadas. Son subjetividades bloqueadas desde el exterior. Pero subalternidad no es sinónimo de oprimido, pues es quien puede llegar a hablar y dejar de ser subalterno.



En este sentido, si nos centramos en la diversidad de experiencias de las mujeres inmigrantes, podemos ver cómo muchas van creando estrategias para modificar su situación de subalterna.

Hoy digo que la palabra subalterno trata de una situación en la que alguien está apartado de cualquier línea de movilidad social. Diría, así mismo que la subalternidad constituye un espacio de diferencia no homogéneo, que no es generalizable, que no configura una posición de identidad lo cual hace imposible la formación de una base de acción política. La mujer, el hombre, los niños que permanecen en ciertos países africanos, que ni si quiera pueden imaginar atravesar el mar para llegar a Europa, condenados a muerte por la falta de alimentos y medicinas, esos son los subalternos. Por supuesto que hay más clases de subalternos” (GAYATRI EN BIDASECA, 2010, p. 33).

Además de aclarar el concepto de subalterno, debemos de incluir el concepto de experiencia. Concepto que es central para comprender las diferencias y las diversidades, dentro del colectivo mujeres. Debemos de tomarlo como una “política de Localización” (RICH, 1986). La construcción de un pensamiento o un proceso teórico no abstracto, no universalizado, ni objetivo ni indiferente. Sino que debía ser un proceso situado en la contingencia de la propia experiencia de las mujeres. Es aquí donde la subalternidad de las mujeres entra en juego. Pues su experiencia situada puede que les permita alzar su voz usando las estrategias que ellas conocen y reconocen como suyas.

Mujeres corresponde a un saber situado (HARAWAY, 1991) que resulta antagónico con la universalidad del sujeto patriarcal. No es una oposición entre lo específico y lo universal, sino que es una forma, diferentes de legitimación. La situación permite la diversidad y esta deja en entredicho la idea de igualdad de los feminismos de primera ola. Se busca una diferencia, pues desde esa diferencia es desde donde se podrá expresar el valor positivo de ser diferente de la normatividad institucionalizada por el patriarcado y la occidentalidad. Buscar la paridad y equidad contra la igualdad, desligar la teoría de la lógica dualista -occidente/colonialidad, masculino-femenino, desarrollado-subdesarrollado, etc., en la que se había inscrito el estigma y la peyoratización, demostrando el valor positivo de ser una persona distinta de la norma, masculina, blanca, de clase media y occidental.

Para comprender a la mujer inmigrante y racial debemos entender que sus obstáculos y barreras no sólo están diseñadas desde el eje del dualismo sexo/género, sino que existen multitud de variables que la convierten en subalterna y en vulnerable. Pero justamente esas variables le permitirán erigirse como un

sujeto en el juego de la comprensión de las diversidades. Siempre y cuando la educación, la cultura y la política social se dirija a promocionar y proveer valores sustentados en la diversidad y no en binarismos caducos.

Antes de cerrar esta aproximación teórica a mo a la mujer migrante postcolonial, debemos hacer mención a los procesos de violencia. El feminicidio y los machismos que en multitud de casos están centrados en la propia corporalidad de la mujer, en su racialidad o pertenencia étnica, además de la clase social y la edad. Esta pandemia declarada como tal por la OMS, no es un fenómeno nuevo, por desgracia occidente y la vieja Europa hizo grandes avances en materia de feminicidio, su historia está narrada desde el mismo. La suerte que corrían las mujeres en la época Greco Latina (MOLAS FONT, 2007), el advenimiento de la inquisición y las guerras que asolaban Europa desde la edad media hasta el siglo XVI dan fe de ello. La mujer era la bruja, era la condenada, era la hereje o era la que pasaba a formar parte del concubinato de cualquier señor feudal que se tercié (FERRER VALERO, 2016; GARRIDO CARRASCO, 2015; LE GOFF, 2013; POWER, 2013).

Las violencias de la mujer poscolonial son las herencias de las violencias del colono. Una afirmación que puede sonar incómoda en Europa, pero que reafirma la expansión de la cultura patriarcal y la imposición de una misoginia religiosa, excluyente y totalitaria (GARCÍA ESTÉBANEZ, 2008) en un continente que no era un lienzo en blanco, repleto de su propia cultura, la cual fue borrándose y adaptando la imposición por la fe o por las armas de una cultura heteronormativa y machista.

Las hiperrealidad suelen superar a las realidades, son excesos de la realidad, eso es lo que sucedió allende los mares. Se crearon hiperealidades de los valores, las normas, las conductas, la moral, la religión, la política y la cultura. Se hiperboliza el machismo y la cultura del hombre blanco, que desdeña al estigma corporal del negro, lo animaliza y lo comercializa, sin pensar ni en un momento que esa persona es como él, no un otro (MANNIX; COWLEY, 1999)

Los países colonia eran hiperrealidades de sus países colonos, satélites que simulaban ser lo que no eran. La colonización moldeó la conducta e introdujo una cultura machista hiperreal. Es decir, exacerbada. Si la mujer en España, Reino Unido o Francia estaba sometida por entero a los poderes fácticos públicos y privados -estado/monarquía, esposo e iglesia-, en las colonias la posibilidad de doblegar a las mujeres era aún mayor. Por un lado, era prostética, pues no era natural ni reconocida dentro de su cultura o tradición, y por otro lado era impuesta y asimilada.

Volviendo al feminicidio no podemos olvidar que éste afecta a todas las mujeres por igual. La violencia no discrimina. Podemos replantearnos que los

cambios provocados por el capitalismo avanzado han hecho que esta lacra esté más latente que en los siglos XX y XIX, pues ni la movilidad era tan fácil, ni los medios eran tan veloces en la transmisión de ideas o información, ni la vulnerabilidad de las mujeres, situadas entre los cantos de sirena de una liberación no lograda y una cultura hiper machista, son presa fácil de la violencia machista.

Los estereotipos tradicionales siguen ahí, el amor romántico no es compatible con quedar con un amigo a cenar, libertad y tradición chocan y generan una espiral de cosificación y objetivación de la mujer, convirtiéndola en un sujeto desechable.

Hay que unir a todo ello que los desplazamientos de las mujeres jóvenes a urbes que concentran el trabajo -como por ejemplo la maquila en México- hacen que una multitud de mujeres residan en un espacio reducido, concentrando víctimas para deleite de la cultura de la violencia misógina (VALENCIA, 2010).

El matar porque es mujer, o el matar porque es mía, son sedientos de la cultura machista que la colonización trajo consigo y que se han quedado en el país colonizado. Una letanía o mantra que va repitiendo la idea de “la mujer no vale nada, es desechable”, mantra que se interioriza, reitera y materializa en el feminicidio, el cual a modo de hidra va extendiendo sus tentáculos. Las cifras de las muertas por feminicidio llegan a ser cifras propias de las bajas en un conflicto bélico, se ha abierto una guerra contra la mujer o bien es ahora cuando se visibiliza y mediatiza (ATENCIO, 2015).

Entre nuestros objetivos y en el resumen del trabajo, hemos hecho mención a una serie de procesos, los cuales devienen del hecho de “ser mujeres inmigrantes y raciales”. Procesos tales como son la “subalternidad”, la “precariedad” y la “Estigmatización en espiral”.

Precariedad hoy en día es un atributo y no una descripción. Decimos atributo, pues nos es atribuida vía modernidad líquida. Los procesos de pauperización de la clase media, los estilos de vida “jovencita” (Tiqqum), y la movilidad como obligación, junto con la idea de consumo-producción-consumo como única forma de existencia han derivado en una nueva forma de precariedad.

Este atributo viene acompañado de ciertos procesos propios de la sociedad contemporánea, a considerar: la crisis del estado de bienestar y las políticas sociales, el neoliberalismo, la reducción de derechos humanos, el crecimiento de los radicalismos ideológicos, la sobrepoblación/despoblación -que se ubica en la polaridad Sur/Norte-, la increencia en los sistemas políticos y de poder jurídico, la corrupción, la fallida meritocracia, el incremento de la brecha entre ricos y pobres, el incremento de múltiples tipos y formas de violencia -terrorismo, feminicidio, narco poder, violencias institucionales y políticas, violencias norma-

tivas, violencias capitalistas- y el incremento de la desigualdad entre ciudadanos por su origen, raza, etnia y credo religioso. Un panorama que no deja de parecerse desolador, pues salvo a la población denominada rica, al resto de sujetos se les confiere el atributo de precarios/as (FONTANA, 2013; PAULÍN SEIJAS, 2016; CARABAÑA MORALES, 2016; YOUNG, 2013; DELGADO, 2016; TAWNEY, 2016; GUIBERNAU, 2017).

Pero la precariedad no es sinónimo de pobreza absoluta ni de pobreza relativa. Es un modo de vida o atributo del sujeto actual, el cual ve como su fuerza como ciudadano va diluyéndose merced a los movimientos de una normatividad capitalizada, fundada en el consumo y la obsolescencia programada, una precariedad que empuja al sujeto a vivir para trabajar, a no tener seguros sociales ni subsidios presentes o futuros. Es el fracaso de una sociedad del bienestar que es devorada por un capitalismo caliente (PRECIADO, 2008) y ultraliberal, el sujeto es lo que vale en el mercado. Esta precariedad es la que viene empujando a algunas mujeres a inmigrar, sobre todo aquellas en las que la precariedad es absoluta, aquellas que viven para trabajar pero que no ganan para vivir (PAULIN SEIJAS, 2016)

La estigmatización en espiral acompaña a todos estos procesos, estilos de vida y atributos, pero es más latente y dolosa para las mujeres. El sistema patriarcal y la construcción de la categoría de género son dos elementos que agudizan el estigma “mujeres”. No desdeñamos por ello el estigma del género, pero sí queremos dejar claro que la ideología de género se ha olvidado un poco de lo negativo que ha sido centrarlo todo en una categoría de construcción social como es la del género binario (FRAISSE, 2016).

El género es una construcción sociocultural, asignada, aprendida y reiterada por los sujetos a través de la performatividad de los actos del ser y del habla, propios de la idiosincrasia de su sociedad y cultura próxima (BUTLER, 2007; 2001). El género es algo aprendido, es posterior al cuerpo, lo cual ya implica un aprendizaje de la sociedad que le rodea.

Es el cuerpo lo que antecede al género. No por ello el cuerpo es un elemento natural, más bien es un elemento que es decodificado por un sistema binario, patriarcal y androcéntrico. Sistema que le da un significado y lo determina como sexuado, racial, étnico, normativo, discapacitado, etc., El cuerpo muestra el estigma, ofrece una posición clara en el camino hacia la categoría de género, quien tiende la trampa de ver el sistema sexo/género como algo natural. Lejos de serlo, es: cultural, social y capital -sea mediante la capacidad reproductiva como la productiva-.

Subrayar que nada existe de forma natural, sino que todo es fruto de las sinergias culturales y las necesidades del sistema de poder de turno. Esto no es

una provocación ni un insulto a la inteligencia de la ideología de género. Sino que se pretende abrir puertas a la disolución de las categorías y a la construcción de nuevas formas del ser, que abarquen a las diversidades sexo/genéricas de forma mácula, sin historia anterior.

Pero hoy por hoy seguiremos con la idea de la dualidad y del estigma negativo que conlleva el “ser mujeres” o lo femenino. Pese a la pluralidad que suponen ambas categorías -pues no existe un modelo de mujer universalmente válido.

A la categoría género la han universalizado. En ocasiones hasta la han feminizado de manera única -considerando género sólo a lo femenino-. Es en este entender el género de manera errática cuando esta etiqueta favorece al sistema patriarcal. El cual sigue y mantiene intactos los estereotipos de mujer tradicional, o como mucho los modifica al son de la capacidad de la mujer de aportar capital.

El cuerpo es político: ese cuerpo tiene género, tiene sexo, es racial y puede o no ser válido para el capitalismo.

El estigma o la mancha social que es identificada por una cultura, la cual la decodifica en función de sus signos culturales y sociales colectivamente aprendidos, tiende a la peyorización del sujeto manchado por ese estigma. Por lo general el estigma se suele salir de los parámetros de lo que en esa sociedad han demarcado como normal. Y en el caso que nos ocupa las mujeres inmigrantes y raciales son aquellas que, no sólo sufren el estigma de ser mujer, ser inmigrante y ser racial, sino que sufren otros estigmas que la sociedad de recepción asocia a cada uno de ellos. Ser mujer e inmigrante no siempre es un único estigma, sino que se convierte en un triple estigma, pues a raza y mujer le acompañan determinados juicios de valor y estereotipos asociados por el imaginario social colectivo a las mujeres inmigrantes, relacionándolas con los trabajos sexuales, con la delincuencia o con las labores domésticas (V.V.A.A, 2016). Un juicio de valor que es hecho con el drama de la mirada, el poder que tiene el identificar a alguien sin saber nada de él, prejuzgando y asimilando unos estereotipos y roles que no les corresponden.

De hecho, no hay nada más racial que el cuerpo. La raza es otro invento cultural y social, cuyo fin no es otro que el de diferenciar, crear desigualdades y discriminar a los cuerpos desacordes con las supuestas razas superiores, que en el caso más “occidocéntrico” viene a ser la blanca caucásica. Este movimiento racista, que ya tenía su intrahistoria en la esclavitud y la colonización, toma fuerza con el advenimiento de las ideologías del Darwinismo social. El cual no sólo fomenta nacionalismos, sino que fomenta totalitarismos y dictaduras, donde se crean unas razas superiores a las demás (Izaola Argüeso, 2017) y con ello más estigmas que añadir a la mujer inmigrante. Como vemos esta estigmatización

en espiral puede no llegar a tener un fin muy delimitado, pues se van asociando a los estigmas de raza, cuerpo, procedencia y sexo/género estereotipos, juicios de valor y prejuicios, creando en estas mujeres una doble o triple invisibilidad, precariedad y discriminación. El cuerpo tiene peso, y la raza también.

## Referências

ATENCIO, G. *Feminicidio*. El asesinato de mujeres por ser mujeres. Madrid: Catarata, 2015.

BARICCO, A. *Los Bárbaros*: Ensayo sobre la mutación. Madrid: Anagrama, 2008.

BAUMAN, Z. *Vidas desperdiciadas*. Barcelona: Paidós, 2013.

BELTRÁN, J.L. *Historia de las epidemias en España y sus colonias de 1348 a 1919*. Madrid: Esfera de los Libros, 2006.

BETANCUR, M.C. *La idea de América en los pensadores occidentales*. Barcelona: Plaza y Valdés, 2009.

BHAVNANI, K.K; COULSON, M. “Transformar el feminismo socialista. El reto del racismo” en V.V.A.A. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de sueños, 2002.

BIDASECA, K. *Perturbando el texto colonial: Los estudios (pos) coloniales en América Latina*. Buenos Aires: Ed. BS, 2010.

CHUKWUDI EZE, E; PAGET, H; CASTRO-GÓMEZ, S; MIGNOLO, W. *El color de la razón: Racismo epistemológico y razón imperial*. Buenos Aires: Cuenco de Plata, 2014.

COQUERY-VIDROVITCH, C. *Ser esclavo en África y América entre los siglos XV y XIX*. Madrid: Los libros de la catarata, 2015.

DELGADO, M. *Ciudadanismo*. Madrid: Catarata. 2016.

FEDERICI, S. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños, 2004.

FERNÁNDEZ DURÁN, R. *La corona española y el tráfico de negros*. Madrid: Ecobook, 2012.

FERNÁNDEZ-ARNESTO, F. *Las Américas*. Madrid: Debate, 2004.

FERRER VALERO, S. *Mujeres silenciadas en la Edad Media*. Madrid: Punto de vista, 2016.

- FONTANA, J. *El futuro es un país extraño*. Barcelona: Pasado y Presente S.L, 2013
- FRAISSE, G. *Los excesos del género. concepto, imagen, desnudez*. Valencia: Cátedra, 2016.
- FUENTES, A. *Race, Monogamy, and other lies they told you*. California: University of California Press, 2012.
- GARCÍA ESTÉBANEZ, E. *Contra Eva*. Barcelona: Melusina, 2008.
- GAYATRI CHAKRAVORTY, S. *¿Puede hablar el subalterno?* Buenos Aires: Cuadernos de plata, 2010.
- GAYATRI, S. *¿Puede hablar el subalterno?* Buenos Aires: El cuenco de plata, 2011.
- GEULEN, C. *Breve historia del racismo*. Madrid: Alianza Editorial, 2010.
- GIRALDO, S. *¿Puede hablar el subalterno?* Nota Introdutoria. *Revista Colombiana de Antropología*, 30, p. 297-364, 2003.
- HERNÁNDEZ CASTILLO, A.Y; SUÁREZ NAVAS, L. *Descolonizando el Feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Madrid: Cátedra, 2008.
- HERNANDO GONZALO, A. Mujeres y prehistoria. En torno a la cuestión del origen del patriarcado. In: ROMERO, M.S. *Arqueología y género*. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 2005.
- IZAOLA ARGÜESO, A. *Miradas entrecruzadas*. Barcelona: Bellaterra, 2017.
- LE GOFF, J. *Hombres y mujeres de la Edad Media*. México: Fondo de Cultura Económica, 2013.
- MANNIX, D.P; COWLEY, M. *Historia de la trata de negros*. Madrid: Alianza, 1999.
- MARTÍN-CABELLO, A. Sobre los orígenes del proceso de globalización. *Me-thaodos.Revista De Ciencias Sociales*, v 1, n 1, p 7-20, 2013.
- MBEMBE, A. *Crítica de la razón negra*. Buenos Aires: Ned, 2016.
- POWER, E. *Mujeres medievales*. Madrid: Ediciones Encuentro, 2013.
- RICH, A. *Blood, Bread and Poetry, Selective Prose 1979-1985*. New York: W.W. Norton & Company, 1986.

SARRIÓN MORA, A. *El miedo al otro en la España del siglo XVII*. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha, 2016.

SEGATO, R. “Racismo, discriminación y acciones comparativas: herramientas conceptuales” en Ansión, Juan y Fidel Tubino (eds): *Educación en ciudadanía intercultural*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 2006.

SEGATO, R. *Las Estructuras Elementales de la Violencia*. Buenos Aires: Prometeo, 2003.

SEGATO, R. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños, 2016.

SEGATO, R.L. *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Madrid: Prometeo, 2015.

TODOROZ, T. *Nosotros y los Otros*. Madrid: Siglo XXI, 2013.

TUBERVILLE, A.S. *La inquisición española*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2016.

V.V.A.A. (Asociación Mujeres en la Transición Democrática) *Precarias a la deriva*. Madrid: Traficantes de sueños, 2004.

V.V.A.A. (Asociación Mujeres en la Transición Democrática) *Informe anual 2016 sobre racismo*. Bilbao: Gakoa, 2016.

VALENCIA, S. *Capitalismo Gore*. Barcelona: Melusina, 2010.

YOUNG, J. *El vértigo de la modernidad tardía*. Buenos Aires: DIDOT, 2012.



## CAPÍTULO 8

# EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÕES NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA PROFISSIONAL

*Myrella Silveira Macedo Cançado / Maria Alves Barbosa*

*Ellen Synthia Fernandes de Oliveira / Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza*

*Marília Santos Rua*

### Introdução

No Brasil, do século XIX a meados do século XX, as práticas de Educação sanitária pautavam-se na prevenção de epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, dentre outras, nos grandes centros urbanos (REI et al., 2013).

A partir de 1920, a educação sanitária adquiriu mudanças significativas a medida que o Brasil passava pelo processo de redemocratização, devido ao fim do militarismo e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (FALKENBERG et al., 2014; REIS et al., 2013).

As conferências que se realizaram nos anos seguintes resultaram na criação, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004) a qual definiu diretrizes e estratégias implementadas em 2014 (BRASIL, 2014). Este documento define Educação Permanente em Saúde (EPS) como “Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2014, p.1).

Essas novas concepções repercutiram, atualmente, num modelo de Educação em Saúde pautado no planejamento e na continuidade das ações; e que, no âmbito das práticas de atenção à saúde, deve ser vivenciado e compartilhado por todos (aluno, trabalhador, segmentos organizados e consumidores de serviços de saúde) (BRASIL, 2014).

É nesse contexto da EPS, transformador e qualificador do acadêmico-trabalhador, que se insere o mestrado profissional, instituído, em 2009, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (BRASIL, 2009). O mestrado profissional é uma modalidade de formação pós-graduada *stricto sensu*, com o objetivo de capacitar trabalhadores para o exercício da prática profissional avançada, visando a atender as demandas socioeconômicas e culturais do País (BRASIL, 2009).

Em 2010, a Universidade Federal de Goiás (UFG) instituiu o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional (PPGSC), priorizando, no processo seletivo, trabalhadores das redes de saúde municipal, estadual e federal com atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). Este programa tem ênfase na gestão dos serviços de saúde, colaborando para o desenvolvimento técnico-científico do SUS (BRASIL, 2010).

É nessa perspectiva que o modelo de Educação em Saúde no Brasil, permeado pelos preceitos da EPS, fortalece a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfatiza o espaço de trabalho como local privilegiado de aprendizado e de formação (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016). É reconhecido, todavia, o fato de que a formação acadêmica ainda precisa se alinhar a essas propostas de modelo educacional (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Por fim, este estudo justifica-se ante a relevância de se debater a formação profissional com base nos novos paradigmas das práticas assistenciais da EPS, valorizando propostas metodológicas problematizadoras e promotoras de engajamento do aluno ante a realidade local e dos serviços de saúde (PINTO et al., 2013).

Este estudo possui como objetivo compreender a EPS na perspectiva de discentes do PPGSC da UFG. Orienta-se pelo seguinte questionamento: os discentes da disciplina de EPS do PPGSC da UFG compreendem o conceito de EPS?

## Metodologia

### Delineamento do Estudo

Este é um experimento descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no ano de 2014, com discentes da disciplina de EPS do PPGSC da UFG, Turma de 2012.

O estudo descritivo visa primordialmente a descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre as variáveis de interesse (GIL, 2002). Na abordagem qualitativa, o pesquisador aprofunda-se no fenômeno de interesse (ações individuais ou de grupos no contexto social

em que vivem), interpretando-o na perspectiva do discurso do respondente. Ademais, trabalha com valores, crenças, opiniões e representações (MINAYO; SANCHES, 1993).

### Local do Estudo e Coleta de Dados

O ensaio sob relatório foi realizado no Município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, Brasil, o qual situa-se na região do Planalto Central brasileiro; possui população estimada de 1.448.639 habitantes; área de 739 Km<sup>2</sup> e clima tropical com estação seca (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Antes do início da coleta de dados, o respondente foi informado sobre todos os aspectos relevantes do estudo, incluindo riscos e benefícios, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi disponibilizado em duas vias para ser assinado (BRASIL, 2012). Os dados foram coletados durante uma das aulas da disciplina EPS, mediante a anuência dos participantes e a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa/Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFG (BRASIL, 2012). Os dados foram coletados por meio da escrita.

Todos os alunos matriculados na disciplina EPS, um total de 24 discentes (100%), concordaram em participar desta pesquisa e dispuseram dos 40 minutos finais da aula para preencherem o questionário autoaplicável. Ressalta-se que os discursos dos participantes deste estudo estão identificadas pela sigla P, seguida de um número que corresponde à ordem de enumeração dos questionários.

O questionário semiestruturado, compunha-se de questões fechadas e abertas. Para responder aos questionamentos deste estudo, a pesquisa foi norteadada pela seguinte pergunta aberta: “Na sua opinião, o que é Educação Permanente em Saúde?”. Este estudo foi proposto após um dos autores, que é o docente responsável pela disciplina EPS, observar que os alunos tinham dificuldades em compreender a essência do assunto, bem como formular um conceito claro e objetivo sobre EPS.

### Análise dos Dados

Os indicadores recolhidos de respostas às questões fechadas foram tabulados no programa *Microsoft Excel*® versão 2010 e analisados no programa *SPSS*® 20, o qual permite a análise estatística por meio de tabelas, gráficos e diagramas (MANUAL DEL USUARIO DEL SISTEMA BÁSICO DE IBM SPSS STATISTICS, 2011).

Os dados obtidos das questões abertas foram analisados por meio do método Análise de Conteúdo (AC) (BARDIN, 2011) com auxílio do *software webQDA*®, programa de apoio à análise qualitativa, permitindo o exame de textos, vídeos, áudios e imagens num ambiente colaborativo e com base na internet (COSTA; LINHARES; SOUZA, 2012). O pesquisador cria categorias, codifica, controla, filtra, faz pesquisas e questiona os dados com o objetivo de responder às suas perguntas (BARDIN, 2011; COSTA; LINHARES; SOUZA, 2012).

A AC compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitam descobrir o verdadeiro significado do texto, atingindo um nível de compreensão muito maior do que o expresso inicialmente na primeira leitura (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise temática ou categorial, uma vez que se apresentou como a técnica mais pertinente aos propósitos do estudo: compreender a EPS na perspectiva dos discentes da disciplina de EPS (BARDIN, 2011). A análise temática foi realizada pelas autoras do trabalho em três etapas, conforme vem (BARDIN, 2011).

**1 - Pré-Análise:** é a fase em que se organiza o material a ser analisado, tornando-o operacional. Foram feitas a enumeração, leitura prévia e digitação das respostas no *software webQDA*® (BARDIN, 2011; COSTA; LINHARES; SOUZA, 2012).

**2 - Exploração:** corresponde ao período em que o material foi explorado com a segunda leitura das respostas, realce das ideias e agrupamento das categorias (BARDIN, 2011). As categorias foram definidas à medida que se realizou a análise dos dados, e o processo de codificação foi efetivado por uma das pesquisadoras com maior experiência no uso do *software webQDA*® (BARDIN, 2011; COSTA; LINHARES; SOUZA, 2012);

**3 - Tratamento dos Dados:** os dados são tratados, ocorrendo o reagrupamento das categorias e a definição das dimensões (BARDIN, 2011). Procedeu-se à condensação e o destaque das informações, culminando nas interpretações inferenciais (BARDIN, 2011).

## Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado por meio de emenda de um projeto maior que avalia a efetividade do PPGSC da UFG, na perspectiva dos egressos, e possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa/Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFG, Parecer nº 1.292.381 (BRASIL, 2012).

## Resultados e Discussão

Considerando a percepção sobre EPS dos 24 respondentes (100%), a análise dos discursos suscitou 13 categorias, as quais foram agrupadas em três Dimensões: (I) Concepção da Educação Permanente em Saúde, (II) Desafios para realização da Educação Permanente em Saúde e (III) Intervenção na Educação Permanente em Saúde. Os aspectos abordados nas três dimensões foram previamente definidos a fim de padronizar a análise e subsidiar as discussões.

### Dimensão 1: Concepção da Educação Permanente em Saúde

Aborda a compreensão dos discentes sobre a EPS para a valorização do profissional de saúde. Nesta concepção, os respondentes reconheceram que a EPS é importante, necessária e essencial para o aprimoramento do trabalhador e a inserção de saberes e tecnologias que contribuam na melhoria da qualidade dos serviços de saúde: “P8 [...] é essencial para valorizar a profissão na área da saúde.; P19) *Necessário.*; P24) *A EPS é de fundamental importância para incorporação de diversos saberes, novas tecnologias para o melhor desenvolvimento dos serviços de saúde.*”

A EPS supera o conceito de atualização e reciclagem do trabalhador centrado na execução de procedimentos técnicos (SILVA; PEDUZZI, 2011). Contudo, não ignora a importância de o profissional manter-se atualizado frente às mudanças técnico-científicas (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Merhy e Feuerwerker (2011) apontam que a busca pelo conhecimento insere-se na perspectiva de se produzir novas tecnologias de cuidado as quais propiciam ganhos de vida e de autonomia de seus usuários.

No tocante ao aperfeiçoamento profissional, Viana et al. (2015) enfatizam que a importância da EPS está no fato de haver a inclusão de saberes e experiências que colaboram tanto para o crescimento intelectual quanto para maior aproximação do educador (profissional) com o educando (usuário).

A atualização ocorre ante às exigências do trabalho e com origem nas dúvidas que surgem no cotidiano do serviço, devendo ser planejada articuladamente com os envolvidos (WEIGELT et al., 2015).

## Dimensão 2: Desafios para Realizar a Educação Permanente em Saúde

Esta dimensão evidencia os obstáculos a serem enfrentados no processo de trabalho, os quais dificultam a execução das práticas assistenciais previstas pela EPS. Os discentes relataram a falta de aplicabilidade da EPS, pois não perceberam resultados práticos, ficando frustrados e desmotivados: “P2) *Vejo como algo utópico; P3) Não percebo resultados práticos; P4) [...] fiquei muito frustrada com necessidades não satisfeitas; P19) [...] difícil colocar na prática [...]*”.

Koerich e Erdmann (2016) identificaram o fato de que umas das principais dificuldades enfrentadas por um grupo de enfermeiros de um hospital de Santa Catarina, Brasil, eram a falta de comprometimento com a educação continuada e a falta de apoio da gestão da instituição, resultando em desmotivação e frustração nos trabalhadores.

Estudo realizado por Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) constatou, também, no relato dos participantes, uma dicotomia da teoria em relação à prática, sobretudo quando se faz necessário aliar o estudo acadêmico com a rotina do trabalhador de saúde.

Outro ponto indicado nas falas dos respondentes deste ensaio que permeia os desafios da EPS é o desconhecimento sobre o tema: “P7) *Área que conheço pouco e gostaria de conhecer melhor, pela relevância que tem na vida profissional; P15) Tenho dúvidas sobre o verdadeiro conceito de EPS [...]; P17) Algo que não sei explicar o que seria*”.

Ressalta-se, nas falas dos discentes, um distanciamento da compreensão do conceito correto de EPS, haja vista que os mesmos exprimiram dificuldades em defini-lo clara e objetivamente. Ainda que os respondentes não promovam a EPS conforme a PNEPS, um entrevistado se mostrou interessado em reformular as práticas assistenciais, mesmo que fragmentadas: “P20) *Sinto ser um caminho desconhecido e vejo na disciplina uma oportunidade de ampliar meus conhecimentos*”.

O conceito de EPS está definido: “Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2014, p.1).

Os relatos destacaram, também, que as ações de EPS ainda são muito incipientes, salientando a necessidade de se voltar as suas práticas educativas para todo o SUS: “P11) *Acredito que, ainda, no Sistema Único de Saúde, não atingiu a amplitude e a importância necessária para a efetiva transformação do sistema. Está incipiente*”.

Consoante Barbosa e Cordeiro (2016), o fortalecimento do SUS avança à medida que se investe na formação e na qualificação dos trabalhadores resultando em melhorias nas práticas de saúde. Há que se pensar, também, que o modelo de cuidado à saúde do usuário está intrinsecamente relacionado ao processo de formação crítico e que dialogue com a realidade das pessoas usuárias dos serviços públicos de saúde (SILVA FILHO, 2014).

Além disso, os discentes mencionaram o despreparo para desenvolver ações de EPS no seu ambiente de trabalho; a gestão exigia a mudança, mas não subsidiava investimentos para tal: “P4) [...] pois onde trabalhava eles exigiam mudanças sem nos formar para ela [...]”.

O desinteresse da gestão, dificultando a efetiva realização da EPS, também foi percebido em um grupo de enfermeiros de equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município de Minas Gerais, Brasil (VIANA et al., 2015). Esta situação reflete diretamente no baixo desempenho das equipes de saúde e em ações com pouca resolubividade (VIANA et al., 2015).

Flores, Oliveira e Zocche (2016) identificaram, na fala de um grupo de enfermeiras que participavam do Programa de Educação Permanente de um hospital universitário de Porto Alegre, a falta de preparo e a insegurança para ações educativas no contexto do trabalho. Isto resultou num cuidado fragmentado e desarticulado, muito distante das diretrizes preconizadas pela PNEPS.

Outro ponto a ser suscitado foi a falta de trabalho em equipe, o que revelou a fragmentação das ações e a monopolização das informações: “P4) [...] Porém, como havia um departamento para isso, eu nunca participei dele [...]”.

Considerando a EPS como proposta de formação de equipes de Educação em Saúde para atuar junto à comunidade e ao trabalhador, torna-se indispensável o trabalho em equipe no qual há a e laboração coletiva do saber e a troca de experiências (ELIAS, 2009). Portanto, é preciso rever as atitudes dos profissionais a favor da interação dos membros da equipe de saúde para discutir e rever as práticas e a lógica da educação no serviço (KOERICH; ERDMANN, 2016).

Estes achados vão ao encontro do que se espera de discentes que optam por cursar uma pós-graduação *stricto sensu* como o mestrado profissional; contrariando a perspectiva da visão ampliada da realidade e do trabalho em equipe (SILVA et al., 2016; VIANA et al., 2015).

Desde este ponto de vista, a EPS contribui para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e para a reorganização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os membros da equipe e a comunidade (CECCIM, 2005; ELIAS, 2009).

Neste sentido, a concepção de trabalho rompe com a fragmentação e a divisão de tarefas, fortalecendo o trabalho cooperativo com modos horizontalizados de conceber a gestão (MACEDO, 2012). As demandas da instituição e da equipe ganham destaque em detrimento da atualização para competência individual (MACEDO, 2012).

Por fim, outro desafio apontado nos discursos dos respondentes foi a sensação de desapontamento ante necessidades não satisfeitas no âmbito do trabalho: *“P4 [...] fiquei muito frustrada com necessidades não satisfeitas, que não tenho sentimento positivo com relação a ela.”*

O desânimo do profissional em realizar EPS na rotina do serviço é determinante na baixa eficácia e na resolutividade das ações, o que também foi comprovado no estudo de Silva e Knobloch (2016). A vontade de aprimorar-se naquilo que se faz ficou evidente, contudo, o trabalhador perde o ânimo sem o incentivo da gestão local e investimento (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

### Dimensão 3: Intervenção da Educação Permanente em Saúde

Esta dimensão pressupõe a existência de fatores na prática educativa e assistencial que contribuam para a qualificação e mudanças no processo de trabalho em saúde. De posse das transferenciadas falas, observou-se que um dos modos de intervir nesse processo de trabalho é a aplicabilidade da EPS, ou seja, se os preceitos da PNEPS tem utilidade na prática.

P1) A EPS permite maior integração do trabalho com o serviço; representa a inserção da teoria no cotidiano profissional [...]. Ela precisa ser conhecida e praticada no serviço; P8) [...]. Desde que, realmente faça a diferença no atendimento ao usuário e o profissional sinta essa valorização; P22) Como enfermeira, gestora, acredito praticar educação permanente todos os dias. Não só com servidores sob minha coordenação, mas com acadêmicos que utilizam o campo onde está lotada (UTI).

Os questionamentos sobre a aplicabilidade das práticas de Educação em Saúde permeiam outros estudos, como o de Costa et al. (2014), no qual se verificou que as webconferências educativas para prevenção da dengue no Estado do Amazonas foram mais efetivas do que a modalidade presencial de Educação em Saúde.

A webconferência é um meio muito utilizado no Telessaúde e no Telemedicina para facilitar e ampliar o acesso à EPS, quando os fatores distância e tempo



são críticos, favorecendo a aplicação prática de suas diretrizes (COSTA et al., 2014).

O Telemedicina e o Telessaúde, instituídos pelo Ministério da Saúde, oferecem serviços de cuidados com a saúde a distância por meio de tecnologias de informação e de comunicação, permitindo o intercâmbio de informações úteis para o diagnóstico, orientações, tratamento, prevenção de doenças e Educação permanente dos profissionais da saúde (BRASIL, 2007; COSTA et al., 2014).

Outro meio que favorece a aplicabilidade da EPS é a Educação a Distância (EAD) na qual se evidencia a necessidade de reflexão sobre a possibilidade de se usar recursos tecnológicos com programas mais interativos (SILVA et al., 2015).

A Educação à Distância atinge um número maior de pessoas ao mesmo tempo e proporciona conhecimento capaz de fortalecer as habilidades e o pensamento crítico-reflexivo (SILVA et al., 2015). Ela pode ser complementar à Educação presencial ou substitutiva, com a vantagem de colaborar na elaboração coletiva do conhecimento, apesar da distância temporal e espacial (CAMPOS; SANTOS, 2016).

Portanto, a inserção do ensino a distância nos programas de Educação permanente é um método inovador que facilita a propagação do saber dentro e fora da instituição de saúde (SILVA et al., 2015).

Observa-se um cuidado com a formação acadêmica permeada pelos preceitos da EPS, a fim de minimizar as lacunas entre a academia e a prática cotidiana do serviço, fortalecendo uma educação que aproxime o profissional ao seu objeto de trabalho (SILVA; PEDUZZI, 2011).

É nesse âmbito de aplicabilidade do conhecimento teórico que se insere o mestrado profissional, com destaque para o PPGSC da UFG (BRASIL, 2010). O foco é a capacitação do trabalhador da saúde na contextura da prática profissional avançada e que atenda as demandas sócioeconômicas da comunidade (VIANA et al., 2015).

Os discentes ressaltaram outro modo de intervir na EPS, que é o empoderamento, o qual corresponde ao processo de capacitação do trabalhador e da comunidade para a aquisição de poder técnico e político (MOREIRA et al., 2013).

P1) [...] empoderamento do indivíduo pela sua doença [...]; P10) O aluno deixa de ser um mero absorvedor de conhecimentos alheios e passa a praticar saberes éticos de vida, do trabalho, da saúde, da educação e das relações entre estes fatores; P14) Descoberta a possibilidade para o empoderamento da atuação profissional.

Depreende-se dos relatos que o empoderamento está em consonância com a EPS, haja vista que se constitui na busca do conhecimento emancipatório que permita a formação do pensamento crítico-reflexivo, problematizado e não apenas na transmissão do saber predominante na “educação bancária” (FREIRE, 2006; MACEDO, 2012). Esta prática educativa é considerada autoritária pois o educador assume o papel de fonte do saber e deposita o seu conhecimento no educando, polo da ignorância (FREIRE, 2006).

Esse empoderamento que favorece o pensamento crítico-reflexivo é fruto da redemocratização vivida pelo Brasil desde os anos de 1920, período marcado pelo movimento sanitário, que defendia o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado, a descentralização e a regionalização do sistema (FALKENBERG et al., 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Sendo assim, o trabalho é revalorizado como espaço de aprendizagem sob a óptica da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e no que precisa ser transformado (MACEDO, 2012). Há um espaço aberto para práticas educativas libertadoras, as quais conduzem o indivíduo à conscientização e a se tornar sujeitos do mundo (MOREIRA et al., 2013).

Outro segmento abordado nos discursos foi que a EPS pressupõe a aprendizagem significativa, que produz sentidos e propõe uma (re)organização do trabalho pautada nas realidades locais e nas necessidades de saúde da população (MOREIRA et al., 2013).

P1) A EPS permite maior integração do trabalho com o serviço; representa a inserção da teoria no cotidiano do profissional; empoderamento do indivíduo pela sua doença. Ela precisa ser conhecida e praticada no serviço; P20) [...] vejo na disciplina uma oportunidade de ampliar meus conhecimentos.

Constata-se nos relatos dos participantes a influência dos preceitos da PNEPS, em que o “aprender” e o “ensinar” estão na rotina do trabalho, fortalecendo a aprendizagem significativa e a troca de informações entre paciente e profissional da saúde (BRASIL, 2014). Além disso, a (re) organização do trabalho pressupõe, também, um modelo de Educação em Saúde permeado pelo planejamento e pela continuidade das ações, como previsto na PNEPS (BRASIL, 2014; SILVA; PEDUZZI, 2011). Em se tratando da aprendizagem significativa há que se considerar a existência mútua de dois fatores: um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de um comportamento favorável à aprendizagem (MITRE et al., 2008). Essa atitude do discente possibilita estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já postados na sua estrutura cognitiva (MITRE et al., 2008).

Os discursos também apontaram o ensino-aprendizagem como uma das estratégias para praticar a EPS: “P9) *Trabalhei em ESF por seis anos em atividades na área de EPS, saúde do idoso, gestantes, saúde e adolescente; P10) A EPS é contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, priorizando a conexão com o cotidiano de trabalho nas instituições de saúde*”.

O ensino-aprendizagem compreende o ato de ensinar-aprender por meio de atividades articuladas nas quais seus agentes compartilham cada vez mais parcelas de responsabilidade pela construção coletiva do saber (MITRE et al., 2008).

Com efeito, há o rompimento do tradicionalismo da “educação bancária” concebida por Freire (2006) e o fortalecimento da prática libertadora que rompe com a relação hierárquica entre o educador e o educando, transformando-os num só eixo: educador-educando ou educando-educador.

Por fim, quando se compreende a real magnitude da EPS, se identificou os principais entraves que prejudicam suas práticas assistenciais e se reflete sobre o modo de intervir, conseguir-se-á agir coletivamente de maneira autônoma e também responsável, superando o modelo de atenção à saúde tradicional ainda pautado na doença e na cura (CECCIM, 2005).

## Conclusões

As discussões sobre o verdadeiro conceito da Educação permanente minimizam as lacunas entre a formação acadêmica e a prática do serviço. O acadêmico-tabalhador, informado e consciente do trabalho que envolve a EPS, adquire autonomia e segurança para a tomada de decisões e enfrentamento dos obstáculos no contexto da Saúde Pública.

Essas reflexões proporcionam caminhos que valorizam uma formação problematizadora e dialogada, superando a transmissão verticalizada do conhecimento. Além disso, priorizam práticas educativas críticas, de maneira que os conhecimentos e saberes formais se completem com o saber operador da realidade, detidos pelos profissionais em atuação.

Ademais, se considerar a inserção da EPS na formação de discentes do PPGSC da UFG, e que são trabalhadores do SUS, contribui-se com a formação de recursos humanos qualificados e que atendam às demandas de saúde da sociedade.

Uma das limitações deste estudo é a sua realização com mestrandos de uma mesma instituição de ensino, a UFG, não sendo possível generalizar os resulta-

dos a outros mestrados profissionais na área da Saúde Coletiva. Outra limitação é a pesquisa realizar-se apenas com os discentes matriculados na disciplina EPS, ficando excluídos os demais alunos do PPGSC.

## Referências

BARBOSA, N. C. T.; CORDEIRO, B. C. A educação permanente em saúde: uma análise dos projetos de intervenção apresentados por gestores de saúde durante a participação do curso de micropolíticas (EAD): nota prévia. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 10, n. 5, p.1895-1898, 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011. 223 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p. 37-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007*. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/Portaria-35\\_2007.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/Portaria-35_2007.pdf)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria n. 17, de 28 de dezembro de 2009*. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Brasília, DF, n. 248, 2009. Seção 1, p. 20-21.

BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Goiás. *Resolução n. 954, de 19 de fevereiro de 2010*. Aprova o Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – nível Mestrado Profissional, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Disponível em: <[https://possaudecoletiva.prpg.ufg.br/up/356/o/Resolucao\\_CEPEC\\_2010\\_0954.pdf](https://possaudecoletiva.prpg.ufg.br/up/356/o/Resolucao_CEPEC_2010_0954.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014*. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde,

no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html)>. Acesso em: 5 jan. 2017.

CAMPOS, K. A.; SANTOS, F. M dos. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 67, n. 4, p. 603-626, out./dez. 2016

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/129275>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

COSTA, A. P.; LINHARES, R.; SOUZA, F. N. de. Possibilidades de análise qualitativa no webQDA e colaboração entre pesquisadores em educação em comunicação. In: *Simpósio de Educação e Comunicação*, 3., 2012, Aracaju. Anais... Aracaju: Universidade Tiradentes, 2012. p. 276-286.

COSTA, C. A. et al. Efetividade das práticas de Teleducação por Webconferência no combate à dengue no Estado do Amazonas, Brasil. *Journal of Health Informatics*, v. 6, n.1, p. 15-18, jan./mar. 2014.

ELIAS, C. E. L. *Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: possibilidades de ensinar e aprender*. Trabalho de conclusão de curso. Especialização em Atenção Básica em Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009, 43p.

FALKENBERG, M. B; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p.847-852, 2014.

SILVA FILHO, C. N. *O VERSUS-PE como estratégia de educação permanente em saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014, 53p.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCCHÉ, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, pp. 487-504, maio/ago. 2016.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 43ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GIL, C. R. R. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870&-search>

=goiasgoianiainfograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 25 abr. 2017.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. *Revista Rene*, v. 17, n.1, pp. 93-102, 2016.

MACEDO, N.B. *Política de gestão da educação na saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. 112p.

MANUAL DEL USUARIO DEL SISTEMA BÁSICO DE IBM SPSS STATISTICS. Version 20 [Manual]. (2011). Disponível em: < <https://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg27038407> >. Acesso em: 15 dez 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Salvador: Editora da UFBA, v. 1, p. 5-21, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, pp. 239-262. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2017.

MITRE, S. M; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13(supl.nº 2), p. 2133-2144, 2008.

MOREIRA, J; et al. A educação permanente em saúde e sua relação com o empoderamento: reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. *Revista Teias*, v. 14, n. 34, pp.163-190, 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, pp.15-35, 2014.

PINTO, A. C. M; et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p.2201-2210, 2013.

REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 31, n. 2, pp. 219-223, 2013.

SILVA, J. A. M; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, pp.1018-1032, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736>>. Acesso em: 03 fev 2017

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 57, pp. 325-335, 2016.

SILVA, A. N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, pp.1099-1107, 2015.

SILVA, M. T. et al. Características das dissertações dos egressos de um Mestrado profissional em saúde coletiva: aproximações e aplicabilidade nos serviços de saúde, Goiás, Brasil. In: *Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, 5., 2016, Porto. Anais... Porto: Universidade Lusófona, 2016. p. 76-83.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n.56, pp.147-58, 2016.

VIANA, D. M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 5, n. 2, p.1658-1668, 2015.

WEIGELT, D. et al. A comunicação, a educação no processo de trabalho e o cuidado na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul: cenários e desafios. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 9, n. 3, jul./set. 2015.





## CAPÍTULO 9

# OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA

*Rosângela Maria Silva / Myrella Silveira Macedo Cançado*

*Ellen Synthia Fernandes de Oliveira / Maria Alves Barbosa*

*Maria Goretti Queiroz / Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza*

### Introdução

As mudanças ocorridas no Brasil, desde o século XX, em virtude de redemocratização e criação de um sistema de saúde mais inclusivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), repercutiram num modelo de atenção à saúde ampliado e que primava pela qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010).

As experiências acumuladas desde então culminaram na criação de políticas públicas de saúde importantes, como a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a).

A PNPS reafirmou discussões importantes no contexto da promoção de saúde que já vinham sendo divulgadas por meio de documentos, como a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, no sentido de reaver e fortalecer o cuidado e a atenção à saúde, indo além da cura e da reabilitação, focado na prevenção dos agravos e das doenças (BRASIL, 2002; HEIDEMANN et al., 2014).

Depreende-se por Promoção de Saúde (PS) uma política de saúde pública com ações que priorizem evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças ou agravos. Ademais, incentiva condutas que melhorem a qualidade de vida (BRASIL, 2010; BENNING et al., 2015).

Nesse contexto, a PS, atualmente, se constitui como um desafio, pois a adoção de estilos de vida saudáveis não se conquista por imposição e/ou sobreposição,

e mesmo desejo de um grupo, mas com trabalho de equipes multiprofissionais qualificadas, no sentido de conscientizar os grupos sociais da relevância do envolvimento deles nesse processo. E, obviamente, respeitando as especificidades de cada grupo (JÚNIOR; PINTO, 2014).

A PNAB enfatiza a importância da execução de ações de promoção da saúde como estratégia para se efetivar os atributos da Atenção Básica, a saber: primeiro contato, integralidade, orientação familiar, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica ou Primária compreende o conjunto de ações de saúde as quais proporcionem uma atenção integral, no âmbito individual ou coletivo, que cubram desde a prevenção até a cura e a reabilitação (BRASIL, 2012a). As unidades básicas de saúde são instaladas próximas de onde as pessoas moram ou trabalham, garantindo a facilidade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2012a).

Assim, o gestor em saúde tem um papel primordial, uma vez que participa da formulação e implementação das políticas e ações em todos os níveis de atenção, sobretudo na atenção básica (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). O gestor exerce a função de líder situacional e harmoniza o trabalho da equipe multiprofissional da unidade básica de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

A unidade básica de saúde (UBS) é o local onde se desenvolvem os programas e ações de saúde com foco na família, na comunidade, no território de saúde, visando a promover saúde (PINTO et al., 2014). O gestor, bem como todos os outros profissionais, deve compreender a sua atribuição dentro da equipe e implementar as ações que devem ser exercidas, sendo a PS uma delas (PINTO et al., 2014).

Neste sentido, este estudo justifica-se ante estreita relação que a promoção da saúde e a atenção básica possuem com a gestão dos serviços públicos, numa articulação que reforça o planejamento de ações mais efetivas e que atendam as necessidades, desejos e interesses individuais e coletivos da população (GIOVANELLA, 2014; JÚNIOR; PINTO, 2014).

Por fim, esta pesquisa orienta-se pelo seguinte questionamento: qual a percepção dos gestores da Atenção Básica sobre a Promoção de Saúde? E possui como objetivo conhecer os sentidos atribuídos pelos gestores da atenção básica do Município de Goiânia ao conceito de Promoção da Saúde.

## Metodologia

### Caracterização do estudo

Este é um ensaio descritivo com abordagem qualitativa. Como ensina Minayo (2007, p. 21)

Na abordagem qualitativa, a subjetividade e o simbolismo estão presentes, possibilitando uma aproximação aprofundada dos significados das relações humanas, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Por isto, considera-se uma abordagem que permitiu conhecer os sentidos que os pesquisados atribuíram ao conceito de PS.

### Local do estudo e coleta de dados

A pesquisa foi realizada no Município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, o qual se encontra entre as cidades com melhor índice de qualidade de vida do Brasil, totalizando cerca de 1,4 milhão de habitantes (GOIÂNIA, 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Os participantes dessa pesquisa foram os gestores das unidades da Atenção Básica de Saúde e dos sete Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (Figura 1).

**Figura 1** - Distritos Sanitários do Município de Goiânia, 2017.



Fonte: GOIÂNIA, 2014

O gestor é o responsável pela condução das políticas públicas de saúde juntamente com os demais trabalhadores, de modo a alcançar a efetividade esperada na melhoria da qualidade dos níveis de saúde da população e o aperfeiçoamento do SUS (GOIÂNIA, 2014; SILVA; ROQUETE, 2013).

Ademais, deve ser capaz de liderar e aumentar o potencial da sua equipe técnica para otimizar o uso dos recursos materiais e financeiros, atendendo as demandas das regiões atendidas nas unidades de saúde (ROSSO et al., 2013; SILVA; ROQUETE, 2013).

Os distritos sanitários representam a descentralização como proposta política e administrativa do SUS. São regiões administrativas responsáveis pela saúde da população que reside, trabalha ou estuda na área de abrangência (GOIÂNIA, 2014; ROSSO et al., 2013).

Os distritos são órgãos executivos que integram a estrutura do sistema de saúde do Município de Goiânia, com a finalidade de promover e executar políticas municipais de saúde nas regiões da cidade. Eles executam a diretriz de descentralização das ações de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO), de modo a facilitar a execução destas (GOIÂNIA, 2014).

A pesquisa foi realizada após a anuência da SMS-GO e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa/Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Solicitou-se a autorização dos gestores e só assim foi iniciada com a coleta de dados.

Os dados foram coletados, em 2015, por meio de um questionário semi estruturado. O instrumento compunha-se de questões abertas e fechadas, as quais versavam sobre o perfil do participante e percepções sobre o conceito de PS.

O questionário foi aplicado no momento da reunião mensal entre gestores dos distritos sanitários e das UBS. Foram incluídos na pesquisa os gestores que estavam ali que concordaram em participar, sendo excluídos os demais. Os questionários foram identificados por ordem numérica crescente e enumerados de acordo com a ordem de entrega e denominados de G-1 a G -77.

## **Análise dos dados**

Os sentidos atribuídos pelos gestores ao conceito de PS foram analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo (AC). Consoante Freitas, Cunha e Moscarola (2004, p. 3), a AC é definida como

Um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de con-

teúdo (verbais ou não verbais). Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. É uma técnica refinada, que exige do pesquisador, disciplina, dedicação, paciência e tempo. Faz-se necessário também, certo grau de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise. Jamais esquecendo, do rigor e da ética, que são fatores essenciais.

Freitas, Cunha e Moscarola (2004) identificaram três etapas para a utilização da técnica: Pré-análise, Intermediária e a Exploração do material, com o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira etapa, a Pré-análise, foram sistematizadas as ideias iniciais e estabeleceu-se indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura do material coletado e a transcrição das respostas dos gestores, permitindo a organização do material para a posterior análise (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 2004).

Na segunda etapa, realizou-se a fase Intermediária que é a preparação do material por meio da formalização dos discursos. Ressalta-se que as observações realizadas pelas autoras se constituíram fator enriquecedor na análise das informações coletadas, considerando que estas também expressaram com fidelidade outros cenários de comunicação (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 2004).

Por fim, na terceira etapa, fez-se a Exploração do material. Os discursos foram organizados em categorias e subcategorias (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 2004). As palavras-chave foram identificadas e categorizadas e agrupadas de acordo com temas correlatos (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 2004).

Por este processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar outras significações das mensagens (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 2004).

## Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFG, sob Protocolo 4º 926.428 e obtida a anuência da SMSGO, por meio de Protocolo 4º 32/14. Disponibilizou-se Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o participante, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados (BRASIL, 2012b).

## Resultados e discussão

### Perfil dos participantes

De um total de 126 gestores de UBS do Município de Goiânia que estavam na reunião, 77 (61%) concordaram em participar do estudo.

Os dados da pesquisa revelaram que grande parte dos gestores possuía graduação na área da Saúde (42%), com predomínio do curso de Enfermagem e 21% com graduação na área de Ciências Humanas. Cerca de 19% possuíam Ensino Médio e/ou Técnico.

Em outro estudo acerca do grau de escolaridade dos gestores do Distrito Sanitário Noroeste, realizado em Goiânia, Assis et al (2011) observaram que 43% dos gestores pesquisados (n=12) não possuíam curso superior, 32% (n=9) tinham graduação na área da Saúde; 21% (n=6) tinham formação superior na área de Humanas. Nota-se que não somente profissões da área da saúde ocupam lugar na gestão. Do mesmo modo, foi verificada maior ocupação da área da saúde nos cargos de gestão, sendo que 31% eram oriundos do curso de Enfermagem.

Destacou-se a pesquisa de Castro, Janete; Castro, Jorge e Vilar (2005) os quais pesquisaram os secretários de saúde do Rio Grande do Norte e descobriram que 63% eram do sexo feminino, 71% tinham Ensino Superior e apresentavam uma grande variedade na formação, tendo cursado Enfermagem, seguindo. Se o curso de Odontologia.

Melo, Alchieri e Araújo Neto (2013) pesquisaram gestores dos distritos sanitários em Natal (RN) e observaram que a maioria era do sexo feminino, com idade média de 43 anos; um percentual de 88% concluiu o Ensino Superior, sendo 66,7% em Administração.

A implicação da ausência de formação específica para a gestão na área da Saúde é preocupante, à medida que, entre os pesquisados, 49% (n=38) dos gestores relataram não ter nenhuma especialização e 7% (n=5) ter feito curso de especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, 10% (n=8) em Saúde Pública, 11% (n=9) em Gestão, 17% (n=12) em outras áreas. Foi considerado bastante elevado o percentual de 49% (n=38) que não possui especialização.

Sobre o questionamento acerca do estudo da PS, 64% responderam que já estudaram, 25% não estudaram e 11% não responderam a questão. Dos 64% que responderam afirmativamente, 30% relataram que estudaram PS na graduação, 29% em capacitações, 16% na pós-graduação e 7% em outros locais.

Considerou-se que o percentual de 64% dos gestores que estudaram PS foi significativo, dada a importância para a Atenção Básica e ser fundamental para a implantação e efetivação da PS nos distritos sanitários.

### Percepção dos gestores acerca do conceito de Promoção de Saúde

A PS neste trabalho foi entendida como um conjunto de estratégias e modalidades, de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, com envolvimento intersetorial e articulação e participação do controle social (BRASIL, 2015).

Considerando a percepção dos 77 (100%) respondentes sobre o conceito de PS, da análise dos discursos emergiram oito subcategorias, as quais foram agrupadas em duas Dimensões, a saber: I) Conceito da Promoção da Saúde e II) Interpretações distintas do conceito de Promoção da Saúde (Tabela 1).

**Tabela 1-** Categorias identificadas nos discursos dos respondentes do estudo, 2016.

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
I) Conceito da Promoção da Saúde	Entendimento do conceito de Promoção da Saúde	Melhoria da qualidade de vida
		Empoderamento
		Capacitação da comunidade
II) Interpretações distintas do conceito de Promoção da Saúde	Educação em Saúde	
	Prevenção	Ensino das pessoas e das comunidades
	Prevenção e Educação em Saúde	Grupos operativos
		Eventos
		Atendimento adequado e humanizado
		Prevenção e tratamento

**Fonte:** Elaboração própria, 2017.

Na Dimensão I - Conceito da Promoção da Saúde, na visão dos gestores, foram elencadas três subcategorias: melhoria da qualidade de vida, empoderamento e capacitação da comunidade.

Os discursos mencionaram a melhoria da qualidade de vida como sendo “[...] ações de política na área da saúde, área social, trazer o profissional da saúde para junto da população” (G - 56), como uma clara referência na atuação intersetorial que é um dos princípios da PS. Já outro gestor citou que PS “[...] são ações sobre os condicionamentos e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida”. (G - 64).

A promoção da saúde busca provocar a mudança do comportamento de pessoa, capaz de mudar não só a sua vida, mas também a de uma comunidade, pensando sempre na coletividade (CANDEIAS, 1997). Complementa-se com a visão de Buss (2012, p.33): “[...] o enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença [...]”.

Os sentidos assim atribuídos ao conceito de promoção da saúde se aproximam do expresso na Carta de Ottawa e vislumbram as estratégias de atuação junto à comunidade, ou seja, a sua capacitação e o seu empoderamento para que busquem recursos a fim de enfrentarem os desafios e adversidades do seu cotidiano. Apenas 23% dos gestores percebem a PS neste contexto, o que implica que podem planejar e viabilizar as ações de saúde junto à sua equipe multiprofissional com suporte neste marco teórico.

A maioria dos gestores (67%), no entanto, compreende PS atribuindo sentidos parciais a este. Entre estes, 16% relacionaram a expressão PS à categoria prevenção “[...] trabalhar com prevenção de saúde, evitando que os usuários adoeçam com prevenção e tratamento” (G - 2); É prevenção (G - 13); prevenção e tratamento” (G - 20). Enquanto isso, 12% associaram à subcategoria prevenção e Educação em Saúde; e 14% não responderam.

Para Buss (2012) uma das diferenças entre PS e prevenção é que esta busca deixar as pessoas isentas de doença. Portanto, suas ações são direcionadas para a detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco. Evitar as doenças é o seu objetivo principal. A PS também está inserida na Qualidade de Vida como foco mais relevante, uma vez que é centrada na capacidade de viver sem doenças ou de superá-las (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Além disso, a PS busca modificar as condições de vida dos indivíduos e das comunidades para que sejam dignas e adequadas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

E na Dimensão 2 – Interpretações distintas do conceito de Promoção da Saúde-, as interpretações do conceito de promoção de saúde suscitaram cinco subcategorias: Ensino das pessoas e das comunidades, Grupos operativos, Eventos, Atendimento adequado e humanizado e Prevenção e Tratamento.

Na subcategoria Educação em Saúde 17% gestores associaram a PS como ensino às pessoas e/ou às comunidades, como o gestor 40, que referiu à PS como



*“Atividades/ações que tenham como foco a educação em saúde, a prevenção de doenças e o cuidado integral do indivíduo no âmbito da saúde” (G-40).*

A Educação em Saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como ser humano, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde; no entanto, Educação em Saúde é dicção polissêmica, uma vez que pode acompanhar as diversas abordagens pedagógicas.

Na subcategoria “Educação em Saúde e Prevenção”, os relatos direcionam a PS como estratégia de Educação em Saúde, visando a atuar na prevenção de doenças - “[...] *prevenir o processo da doença através de educação em saúde, hábitos de vida saudáveis*” (G-6); *“são ações que visam ampliar os conhecimentos em saúde e prevenção. Podendo ser tanto profissionais como para leigos”* (G-30).

Uma das estratégias da PS descrita na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) é o “[...] desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais”, que devem ser favoráveis à saúde em todas as etapas da vida. Para Buss (2012), este componente da PS recobra a dimensão da Educação em Saúde, embora aqui também avance com a de *empowerment*, agora no plano individual, ou seja, a capacitação (aquisição de conhecimentos), e a consciência política, propriamente dita.

O desenvolvimento da consciência política e do empoderamento da pessoa não aparece no discurso dos gestores pesquisados, aflorando apenas a aquisição do conhecimento como estratégia da PS, portanto, se afastando da formulação encontrada na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

Os gestores pesquisados também se referiram ao conceito de PS como

[...] atendimento ao usuário com qualidade independente das condições físicas da unidade e falta de material. Atendimento humanizado (G-50); É um atendimento humanizado, a acolher o paciente que procura a nossa unidade, atendê-lo e resolver a sua situação problema mesmo assim não resolver encaminha-los para a área específica que ele necessita (G-70).

Outra estratégia de PS contida na Carta de Ottawa é a reorientação dos serviços de saúde. Esta preconiza que os serviços de saúde se constituam como espaço promotor da saúde e, para tanto, é necessária uma reorientação na formação dos profissionais de saúde, mudando a maneira de conceber e atuar em saúde (BRASIL, 2002).

Lembra-se que a PS não se opõe ao modelo biomédico, mas sim proporciona uma abordagem mais abrangente, envolvendo medidas em que estão inseridos os aspectos ambiental, econômico, sociocultural e legislativo (BRASIL, 2002).

Assim, o trabalhador em saúde desvia a perspectiva da doença e amplia seu espectro para o sujeito e suas necessidades; realizando ações que visam à autonomia do cuidado em saúde (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

Basaglia (2004) ensina que a maneira assistencialista decorre da visão recebida na graduação, baseada no modelo biomédico, onde o foco está na etiologia, diagnóstico e tratamento, simplificando o processo de saúde-doença. Esse modelo tradicional separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade (BASAGLIA, 2004).

Souza e Grundy (2004) exprimem que o modo assistencialista advém da óptica recebida na graduação com base no modelo biomédico, cujo foco está na etiologia, diagnóstico e tratamento, simplificando o processo de saúde-doença.

O modelo biomédico tradicional, como há pouco articulado, separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade, de modo que o profissional da saúde na atualidade precisa deixar o assistencialismo e assumir uma função de estimulador da participação comunitária, promovendo intervenções de acordo com as reais necessidades identificadas (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Voltando à percepção dos gestores, liem, acerca do conceito de PS, pode-se afirmar que todas as respostas estão contidas no processo de PS, entretanto, sem evidenciar o domínio dos conceitos; entendimento também observado na primeira pesquisa quando se evidenciou a multiplicidade de conceitos e concepções inerentes à OS (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Czeresnia e Freitas (2003) consideram a PS como um termo com múltiplas concepções, um fenômeno complexo que tem multi determinantes e com uma polissemia de vocábulos que enseja confusões na sua definição por parte dos profissionais de saúde.

Assim, depreendeu-se que as respostas dos gestores aproximaram-se do conceito de PS quando definiram que é a ampliação do conceito de saúde. Embora não se tenha podido assegurar que o conceito de PS foi percebido de forma integral, e/ou na sua amplitude, também não se pode garantir que não foi compreendido (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A Educação em Saúde é um dos eixos da PS, todavia, como restou claro em ambas as pesquisas, a PS é uma discussão ampla que abrange outros setores. Assim, é imprescindível que todos os envolvidos tenham clareza do que realmente é a PS para poderem reconhecê-la objetivamente em suas ações.

Vasconcelos (1999) acrescenta que, além disso, as práticas são permeadas por prescrições multifatoriais, e, uma vez não havendo o cumprimento delas, são realizadas avaliações subjetivas do profissional de saúde, por classificar o usuário como “não cooperativo” ou “não aderente ao regime terapêutico”.

Tal fato, por sua vez, demonstra que a interação profissional de saúde e usuário ocorre em plano desigual, pelo fato de o profissional se considerar detentor do poder, enfatizando em seu discurso a ideia de que a doença decorre, principalmente, do descuido do usuário com a própria saúde, despertando nele o sentimento de culpa por seu estado de saúde. E isso o afasta do diálogo tão necessário para a efetivação da OS (VASCONCELOS, 1999).

Verificou-se, ainda, que uma das diferenças está na modalidade de intervenção, pois, enquanto a PS enfoca a saúde da população, a prevenção de enfermidades divisa a doença da pessoa, e os mecanismos para tratá-la, mediante a influência sobre os fatores mais íntimos que os geram (GUIMARÃES, 2009).

Com efeito, considera-se que a qualificação profissional por meio de Cursos de Especialização, dentre outros, pode significar maior resolubilidade das ações. Pensa-se que, com a apreensão de conhecimentos o profissional em saúde possa desviar a perspectiva da doença e ampliar seu espectro para o sujeito e suas necessidades; realizando ações que visam à autonomia do cuidado em saúde (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

Isto porque, uma vez deixando o assistencialismo, poderá assumir uma função de estimulador da participação comunitária que, justaposta, promova intervenções de acordo com as reais necessidades identificadas.

Portanto, para atuar em PS, os gestores devem dominar este campo teórico e conceitual, conhecendo os seus pilares e valores (KUSMA; MOYSÉS, SIMONE; MOYSÉS, SAMUEL, 2014), para poderem adotar estratégias e ações efetivas, que tenham como objetivo principal alcançar melhor nível de saúde e condições de vida mais satisfatórias (BUSS, 2012).

## Conclusões

As reflexões sobre a promoção de saúde no âmbito da gestão do serviço público empreendem caminhos que levam a superar a fragmentação das ações, permeadas pelos preceitos da PNPS.

Além disso, a PS orienta as políticas públicas considerando as atuações inter-setoriais, a modificação de estilo de vida, a reorientação dos serviços de saúde e o incentivo à participação da comunidade.

Destaca-se como ponto forte deste estudo a valorização da atuação da gestão no planejamento e, sobretudo, na viabilização de políticas de promoção que realmente atendam às necessidades de saúde das pessoas e promovam mudanças definitivas no modo de vida. Assim, aproximar e conhecer a realidade social

dos grupos é também uma possibilidade de atender as suas demandas e atuar no sentido de cooperar na conscientização de um estilo de vida saudável.

Uma limitação deste estudo é o instrumento de coleta de dados utilizado o questionário. Este instrumento não é considerado apropriado por alguns autores para uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que não permite aprofundar nos significados atribuídos ao conceito de promoção da saúde.

## Referências

ASSIS, A. N. et al. *Percepções e práticas dos gestores do distrito sanitário noroeste de Goiânia sobre promoção da saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação- Instituto de Patologia Tropical. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

BASAGLIA, F. O. The changing culture of health and difficulties of public health to cope with it. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1354 – 1360, 2004.

BENNING, T. M. et al. Exploring Outcomes to Consider in Economic Evaluations of Health Promotion Programs: What Broader Non-Health Outcomes Matter Most. *BMC Health Services Research*, v 15, 266, July. 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmis.Saúde.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmis.Saúde.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)> Acesso em: 13 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): revisão da*

Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2012. p. 19-42.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, 1997.

CASTRO, JANETE, L; CASTRO, JORGE, L.; VILAR, R.L.A. *Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil*. 2005. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESC-RN/Quem\\_sao\\_%20gestores\\_RN.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf)>. Acesso em: 04 ago 2017.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Fiocruz, 2003. pp.39-53.

FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. *Promoção de Saúde e Gestão local*. São Paulo (SP): Aderaldo & Rothchild Cepedoc, 2007.

FREITAS, H.; CUNHA, R. J. M; MOSCAROLA, J. Análise qualitativa em formulário interativo: rumo a um modelo cibernético conjugando análises léxicas e de conteúdo. In: *Congresso Internacional De Pesquisa Qualitativa*, 24 a 27 de março de 2004, Anais, 2004, Taubaté.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, out. 2014.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. *Plano Municipal de Saúde: Gestão 2014-2017*. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/PMS-Goiania-2014a2017.pdf>>. Acesso em 04 ago 2017.

GUIMARÃES, C.C.P.A. *Educação física escolar e promoção da saúde: uma pesquisa participante*. Dissertação. Mestrado em Educação Física. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2009.

HEIDEMANN, S. B. et al. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p 3553-3559, ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870&-search=goiasgoianiainfograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em 25 abr. 2017.

JÚNIOR, H.M.M; PINTO, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014.

KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Avaliação de efetividade de estratégias da promoção da saúde. In: *Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família E Comunidade*, 4., 2014, Gramado. Comunicação. 2014.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação do perfil técnico-profissional de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Enfermagem UFPE on line.*, Recife, v.7, n.7, p.4670-4680, jul. 2013.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo (SP): HUCITEC, 2007.

PINTO, H.A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, out. 2014.

ROSSO, C.F.W. et al. Perfil dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia – Goiás. In: *Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão Em Saúde*, 1 a 3 de outubro de 2013, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172214>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

SILVA, Y.C; ROQUETE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *Revista de Administração em Saúde*, v. 15, n.58, jan./mar. 2013.

SOUZA, E.M; GRUNDY, E.P.S. Epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.20, v.5, p. 1354 – 1360, 2004.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

## CAPÍTULO 10

# A PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACERCA DO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINAS, SÃO PAULO

*Juliana da Fonseca Bezerra / Juliana Luporini do Nascimento*

### Introdução

Na década de 1960, o movimento feminista, marcado pelas reflexões acerca do lugar social ocupado pelas mulheres, bem como por lutas que visavam à conquista de direitos e à implantação de políticas em distintas esferas da vida social, possibilitou chamar a atenção à violência contra a mulher e torná-la visível.

No Brasil, os questionamentos, reflexões e necessidade de mudança apontam para a punição ao agressor. É um fenômeno relacionado, mais especificamente, à violência sexual, e tem como intensa expressão das conquistas a Lei 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, com amplo alcance social. Ante a pressão do movimento social e a configuração da violência sexual como um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde elaborou a rede de atendimento para as mulheres em situação de violência sexual, envolvendo setores da saúde e da segurança pública.

A violência sexual não se reduz à penetração, mas diz respeito à violência como violação da integridade física e mental, com os abusos verbais, privação do direito de ir e vir, privação do cuidado, controle excessivo e homicídios das mulheres (SHRAIBER, 2014). Para cessar o ciclo da violência, é necessário que a mulher compreenda o significado da violência sexual como não naturalizada, mas como um ato de violência que envolve relações desiguais de poder entre os gêneros.-

Abordar a vulnerabilidade de gênero é imprescindível ante esta temática que corresponde ao enfrentamento das mulheres ao lidarem com as situações de violência, por exemplo, na dificuldade em revelar ou falar da violência so-

frida, a vergonha e o medo, a descrença em apoios externos ao núcleo familiar, receios quanto ao sofrimento, manutenção e desamparo dos filhos (SHRAIBER; D'OLIVEIRA; HANADA 2012; BEZERRA et al., 2016).

No Brasil, nas últimas décadas, houve um crescente enfrentamento social e político à violência sexual, mas ainda insuficiente para reduzir os quantitativos de casos no País. Em 2015, houve 45.460 casos. Mesmo com uma redução de 10% em relação ao ano de 2014, ainda totalizaram 125 vítimas por dia no País, e as tentativas de estupro no ano de 2015 foram de 6.988 casos. O Estado de São Paulo, nesse mesmo ano, liderou o ranque nacional com 9.265 casos de estupro e o estado que teve menos casos foi Roraima, com 180 casos (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

A realidade impactante dos dados fomentou os esforços das organizações governamentais e não governamentais em vários contextos do meio acadêmico e de organizações internacionais para reduzir esses índices (ORTIZ-BARREDA; VIVES-CASES, 2013).

O atendimento adequado às mulheres em situação de violência sexual também é uma preocupação para o Ministério da Saúde, e por isso possui como eixo estrutural à política estratégica, intitulada “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” (BRASIL, 2012), que norteia os serviços de saúde quanto à estrutura física, profissionais e rede de atendimento. A Norma Técnica se refere ao conjunto de ações e serviços de variados setores, principalmente a assistência social, a justiça, a segurança pública e a delegacia, que compõem a rede inter-setorial; enquanto isso, a rede intrasetorial vincula-se com os serviços prestados na área da saúde.

O atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em serviços de referência, para casos de maior complexidade, pode-se acrescentar pediatras, infectologistas, traumatologistas, psiquiatras, além de outras especialidades. São apontadas as condutas para anticoncepção de emergência, profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez decorrente da violência sexual (BRASIL, 2012).

Acredita-se que a qualidade do serviço ofertado pelo Programa de Atendimento Especial (PAE) do hospital de referência analisado potencializa a capacidade de empoderamento das mulheres para romperem com o ciclo da violência sexual e a redução das situações de vulnerabilidade. Ante o exposto, o objetivo do estudo é compreender a percepção das mulheres perante o atendimento de violência sexual em um hospital de referência em Campinas, São Paulo.



## Metodologia

Para compreender a natureza do atendimento no PAE, no ambulatório da violência do hospital de referência do estado de São Paulo, foi realizado um trabalho qualitativo, por permitir análises em profundidade de materiais narrativos, identificando as subjetividades do atendimento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os critérios de inclusão foram: mulheres que realizaram atendimento no ambulatório da violência do serviço de referência em assistência à mulher, com mínimo de quatro consultas, referente aos 90 dias após a agressão, na faixa etária superior a 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa. Não houve idade máxima para exclusão da pesquisa em virtude da vulnerabilidade das mulheres para a violência sexual ocorrer em todas as faixas etárias. O acompanhamento das pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão aconteceu durante os seis meses de atendimento no ambulatório da violência.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no ano de 2016, em ambiente discreto e silencioso, nos consultórios e ambulatórios do serviço no dia marcado para o atendimento no ambulatório, com o intuito de respeitar a privacidade das participantes.

Realizou-se a entrevista semiestruturada e gravada, seguindo as recomendações de Kvale (1996). A entrevista consistiu em uma conversação em que o entrevistador procurou conduzir buscando elementos para entender ou esclarecer os objetivos propostos. Essa conversação foi norteada por um guia elaborado com suporte a tópicos abordados para a produção de informação e para promover interação do entrevistado com o entrevistador, bem como manter o fluxo da conversa e a motivação dos sujeitos a falar sobre suas experiências e sentimentos. Foi composta de características socioeconômicas, questões acerca das percepções sobre a vivência do atendimento ambulatorial, assim como as suas expectativas e percepções do atendimento dos profissionais de saúde durante esse período.

Na concepção de Minayo (2013), a entrevista semiestruturada é uma “[...] conversa com finalidade” (p. 99) amplamente empregada para constituir informações pertinentes para investigar ou analisar um objeto de pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambiente privado, quando possível, posterior ao atendimento de saúde das participantes. As falas obtidas pela entrevista foram transcritas na íntegra, assegurando o anonimato das entrevistadas.

Para a análise dos dados apreendidos nas falas das entrevistadas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. Essa técnica permite

caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado (GOMES, 2013).

A análise temática tem como conceito central o tema, conceituado por Bardin (2008, p. 105) como “[...] uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Esta análise dos dados consiste no conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, no conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens entre pesquisador e entrevistado (MINAYO, 2013; BARDIN, 2008).

Após a análise minuciosa do material empírico, emergiram três temas: I. Atendimento emergencial - o primeiro atendimento; II. A percepção do acompanhamento ambulatorial - o segundo atendimento; e III. O significado do serviço para a mulher.

As gravações realizadas na coleta de dados foram identificadas por um código numerado e de acordo com a sequência das entrevistas, utilizando a sigla “M” para pacientes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) por meio do Parecer nº 1.567.151/2016. Todas as pessoas participaram voluntariamente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

### Caracterização das mulheres e da violência sexual

Eis a caracterização das mulheres do estudo: brancas - 50%, negras - 20%, e pardas - 30 % dos casos. A idade das participantes variou de 20 a 44 anos, e a prevalência foi da faixa etária de 30 a 39 anos em 50% dos casos. No ambulatório, o número de crianças e adolescentes menores de 18 anos, acompanhadas e que utilizavam o serviço de interrupção legal, é similar ao número de mulheres adultas, mas este público não foi incluído no estudo.

A situação conjugal predominante das mulheres era a de solteira, com 80% das entrevistadas. Este fator nos remete à reflexão de que o gênero perpassa as relações, independentemente do estado civil, mas elucida que existe na sociedade a vulnerabilidade de gênero. As mulheres são responsáveis pela sua manutenção e realizam as atividades de vida diária (trabalho, lazer, esporte e estudo) como os homens e independentes destes, mas ainda são submetidas ao machismo e à assimetria de poder em curso na sociedade.

A religião predominante encontrada foi a evangélica, correspondente a 50%, as que não possuíam nenhuma religião 30%, e espírita e umbandista corresponderam a 10% dos casos. A religião pode ser um fator fortalecedor ou enfraquecedor para a superação da violência; não se refere aqui ao elemento fé, pois isso é condição para o vínculo as inúmeras religiões do mundo, mas as relações, normas, valores e a rede social experienciada pelos sujeitos vinculados às distintas comunidades religiosas que contribuem, muitas vezes, para a superação de vivências traumáticas, mas que, no caso específico da violência sexual, podem exercer função dificultadora para que a mulher reconheça essa violência, justamente pelos padrões de gênero impostos.

O local de residência das entrevistadas versou entre Campinas (40%) e em municípios vizinhos (40%). Este fato fortalece a importância do serviço analisado, pois atende aos públicos do interior de São Paulo. As mulheres residem sozinhas (30%) e com a família (70%); e o grau de instrução variou do Fundamental (10%), Ensino Médio (40%), Superior completo (30%), Superior incompleto (10%) e pós-graduação (10%). Estes dados demonstram que a violência alcança todos os níveis sociais.

O tipo de violência sofrido pelas mulheres deste estudo caracteriza as inúmeras mulheres que sofrem violência no âmbito público, sem a ocorrência de perseguição ou uma investigação por parte do agressor da vida das mulheres, mas sim de um momento oportuno para praticar a violência sexual no âmbito público. Isto reforça a vulnerabilidade de ser mulher no País. Em 60% dos casos, a agressão ocorreu no trajeto para o trabalho, 30% em local de lazer e 10% no domicílio. A violência sexual ocorreu, principalmente, com base na abordagem feita na rua, 70% por agressor desconhecido, único e com intimidação, demarcando um tipo de violência que não ocorre no âmbito privado, tampouco provém de agressores com que se tenham relações de vínculo afetivo ou duradouro.

Pela clareza dos dados, é necessária uma reflexão sobre as mudanças que houve nas últimas décadas no País, que propiciaram a introdução das mulheres no universo do trabalho no espaço público. A busca pelo capital, bem como a conquista dos direitos e as necessidades, levaram as mulheres para o mundo do trabalho, mas os altos índices de forte violência e as relações de gênero não mudaram. Infelizmente, o Estado não tomou providências para promover a igualdade de gêneros na sociedade, ou seja, além da vulnerabilidade de gênero e individual, existe a vulnerabilidade institucional.

A violência pode acontecer em todas as classes sociais, mas os achados do estudo sugerem um recorte de classe, pois a maioria das mulheres que sofreram a violência sexual constituiu-se daquelas que dependem do transporte público, que residem longe do trabalho e fazem jornadas fora do horário formal.

## Discussão

### Atendimento emergencial - O primeiro atendimento

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual do serviço de referência à mulher analisado é vinculado ao Projeto Iluminar Campinas, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde e financiado pelo Ministério da Saúde, em 2001. Esse projeto estruturou o atendimento inter e intra-setorial, capacitou os (a-s) profissionais envolvidos na rede e que atuam em diversas áreas: - saúde, educação, assistência social, jurídica, de cidadania, - e os cuidados em saúde nas esferas física, mental, social e civil (CAMPINAS, 2017; HIGA et al., 2008).

Um diferencial neste projeto é que o serviço de segurança pública e as delegacias, civil ou da mulher, não realizam o boletim de ocorrência (BO) antes que a mulher receba o primeiro atendimento no serviço, preservando as preocupações, como, por exemplo, o tratamento da lesão física, IST, gestação e situação psicológica da mulher.

As mulheres são acolhidas pelos profissionais de saúde, da segurança ou portaria do serviço e, após a identificação da violência, via relato ou suspeita da violência sexual, a mulher é imediatamente encaminhada para o setor da enfermaria ginecológica, distinto do pronto atendimento. Assim, a mulher não fica exposta aos outros pacientes que não estão na mesma situação.

A instituição precisa ter alguns cuidados para resguardar o sigilo e a continuidade em garantir o atendimento, então o fluxo de atendimento segue o padronizado para todos os usuários do serviço, com a abertura do prontuário da mulher pelo Serviço Médico e de Estatística (SAME). Em seguida, a enfermeira, que atua no setor da enfermaria de Ginecologia, realiza a triagem e os encaminhamentos para o serviço oportuno; a avaliação inicial é realizada pelo enfermeiro e médico ginecologista que estão no plantão na unidade.

As mulheres relataram que o primeiro atendimento foi com a enfermeira e ginecologistas. Iniciaram o tratamento com as profilaxias e foram acolhidas com respeito. A análise do tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde permite ao profissional identificar se a agressão é imediata ou tardia, e a definição da conduta a ser adotada para o tratamento. A agressão imediata consiste na busca do serviço de saúde desde o momento da agressão até o quinto dia após a violência e a tardia superior ao sexto dia após a agressão (CAMPINAS, 2017; FACURI et al., 2013).

Eu lembro que a gente subiu lá para cima, passou na enfermagem e depois na próxima consulta que eu passei aqui (local da coleta de dados – ambulatório), mas todo os procedimentos que eu fiz foi

lá (atendimento emergencial). Foi muito bom, eu tava com medo e elas me mostraram que não era nada daquilo. Eu tinha medo de me julgarem, sabe? Porque as vezes eu me sentia culpada (M2).

As mulheres estudadas apresentaram vergonha, medo, dificuldade de expor a agressão e de denunciar o agressor e, principalmente, de pedir ajuda. O medo do julgamento inibiu, mas não impediu as pacientes de buscarem o serviço de saúde, quando receberam apoio da família (3), de amigos (3), da polícia (1), de líder comunitário (2) e apenas uma decidiu procurar sozinha, pois já conhecia o serviço de referência. O apoio da família e da rede de amizades e atendimentos são os elementos mais importantes para essa mulher na busca do serviço de saúde, se identificam que esta foi uma questão comum para as entrevistadas.

Durante o acolhimento, os sentimentos das mulheres ante o medo do julgamento dos profissionais, o receio de verbalizar e reviver a violência, desmoronaram com a abordagem dos profissionais do serviço, que estão capacitados para atender e acolher a mulher, realizando uma escuta qualificada, mantendo a discrição sobre o caso e o respeito com a mulher desde a recepção do serviço até o consultório.

As orientações que as mulheres receberam no primeiro atendimento versaram sobre os procedimentos realizados, os riscos para as IST, sobre a possibilidade de gravidez e a agenda das consultas. Uma das preocupações do serviço consiste no início da quimioprofilaxia, com drogas antirretrovirais (ARV) e anticoncepção de emergência (AE), pois o seu uso é restrito ao intervalo de 72 horas posterior à violência sexual (HIGA; MONDACA; REIS; LOPES, 2008).

Elas foram muito atenciosas, não tenho o que reclamar, muito amorosas, ainda quando eu conversei com a enfermeira eu tive que contar tudo e aí eu chorei, mas ela foi muito atenciosa. Me explicou o procedimento que eu iria fazer, se eu iria tomar remédio ou não, quem ia decidir era a ginecologista, mas assim... foi tudo muito bom. Tomei, a ginecologista pediu para eu tomar o remédio do HIV, porque se fosse o mínimo de chance poderia ter, era para eu tomar, aí não vamos arriscar. Toma o remédio, tomei um monte de injeção lá, bezetacil, nossa tomei um monte de coisa (M6).

As mulheres recebem as orientações, por exemplo, quanto ao tratamento das profilaxias, que é de 28 dias, dos efeitos colaterais dos medicamentos, e o uso do preservativo durante o tratamento; o direito de denunciar o agressor e de declinar da acusação; e receber o atendimento no ambulatório por seis meses. As orientações que as mulheres recebem no primeiro atendimento são permeadas pelos acanhados materiais educativos do MS, mas oferecem tempo para as mu-

lheres assimilarem todo o processo de cuidado recebido em casa, e elaborarem as suas dúvidas para o segmento ambulatorial.

Eles me deram um monte de coquetel de remédio, tomei acho que umas quatro injeções, né? E depois eu fiz o exame ginecológico e me deram almoço, e fiquei esperando a médica para ela me dar os coquetéis que eu fiquei tomando por uns trinta dias em casa (M9).

A percepção das mulheres sobre o primeiro atendimento é de uma equipe alinhada, respeitosa e capacitada para o serviço. Atende aos elementos preconizados pelo Ministério da Saúde, compostos pelas orientações e encaminhamentos para a rede inter e intrasetorial, as profilaxias, o acolhimento com a equipe capacitada para a tipologia do atendimento e, principalmente, o agendamento de consultas para o serviço ambulatorial, que está disponível no mesmo serviço.

### **A percepção do acompanhamento ambulatorial - o segundo atendimento**

O PAE do hospital de referência atende às quintas-feiras à tarde as mulheres em situações de violência sexual. O acompanhamento ambulatorial acontece em até sete dias do atendimento inicial, com duração de seis meses. No primeiro dia no ambulatório, a mulher, obrigatoriamente, é atendida pela equipe multidisciplinar composta por ginecologistas, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas. Os familiares e acompanhantes, quando necessário, também recebem atendimento da equipe multiprofissional (BRASIL, 2012; CAMPINAS, 2017).

As mulheres relatam ter mais afinidade com a psicóloga (7), pois têm uma escuta qualificada e empatia no atendimento. Em seguida as categorias que tiveram melhor avaliação no atendimento foram assistente social (1), psiquiatra (1) e ginecologista (1).

São seis meses de atendimento. Já tem quatro meses, faltam só dois, só mudou a psicóloga. Era uma mulher e depois foi para um rapaz (M9).

Ah, eu só fiquei meio assim. Quando era a psicóloga, que era uma mulher e depois contar para um homem, eu fiquei meio assim, mas ele foi muito atencioso e carinhoso, então... não tem do que reclamar (M9).

O serviço do PAE, como hospital-escola, recebe residentes e acadêmicos de Medicina, que ficam um tempo restrito de quatro semanas no ambulatório. Essa rotatividade dos residentes fomenta uma resistência inicial das mulheres, principalmente quando o profissional é do sexo masculino. Um ponto positivo é que, independentemente da categoria profissional, a mulher não precisa repetir a agressão e relembrar em detalhes a violência, pois todos os registros da equipe multiprofissional ficam disponíveis para todos os profissionais do ambulatório.

Como isto demanda tempo, com a evolução do tratamento, dependendo do caso e da quantidade de retornos, as mulheres podem reduzir os atendimentos no dia. Normalmente, as mulheres com questões emocionais, como ideias ou tentativas de suicídio, com dificuldades de enfrentamento e depressão, permanecem por mais tempo no ambulatório e, em alguns casos, continuam o atendimento na rede intersetorial.

Então, todos aqui são bem atenciosos, todos te dão atenção, carinho. O único problema é a demora. É que na primeira consulta é demorada, da na segunda vai ser mais rápida, mas aí é igual à primeira, a terceira é igual à primeira. Então, isso angustia a gente um pouco, entende? (M1).

As mulheres entrevistadas exprimem depressão (3), irritabilidade (1), confusão (1), pânico de andar sozinha na rua (3), de correr sozinha (1), somatização dos fatores associados com a violência, por exemplo, medo do horário da agressão ou do caminho onde aconteceu a abordagem (8), sair do emprego (3), mudar de casa (1) e tentativa de suicídio (2). Estes achados também foram encontrados nos estudos de Facuri et al. (2013) e de Higar, Reis e Lopes (2008), acrescidos da perda de memória do abuso e da dependência de substâncias psicoativas.

Porque eu já sou depressiva, já passei por quadros de depressão, comecei o tratamento e não consegui parar, assim, melhorar. Não consegui, eu consegui melhorar a partir do momento em que eu abandonei o tratamento, não fui mais no médico, não conversei mais sobre o assunto. Aí eu consegui me levantar, entende? Foi igual ao que eu falei para a psicóloga, tem pessoas que tem que falar, falar, falar, eu sou diferente! Eu tenho que esquecer. Entende? Então, mesmo eles me encaminhando. Para mim, vai ser mais difícil que se eu parar completamente de lembrar, de falar, de tocar nesse assunto. Eu tenho que esquecer! Eu preciso esquecer (M1).

No atendimento ambulatorial, as mulheres lutam para esquecer a violência e utilizam distintas estratégias de enfrentamento para superar o trauma. O ser-

viço oferece subsídios para discutir a violência e possibilitar a reflexão sobre o processo de entendimento de que a mulher é vítima e não culpada pela agressão. Quando a paciente porém, já apresenta um histórico de depressão, existe o risco desta ser potencializada.

Aqui é bem pontual, não sei se esse serviço ajuda a sair da situação de violência. Teria que ter um serviço mais próximo. Aqui é bem pontual, a gente vem, vê o exame e conversa. Deveria ser como se fosse uma assistência social mesmo, com consultas mais próximas (M10).

O atendimento de violência atende as mulheres nos dias, referente ao dia da violência, zero (D0), 30 (D30), 45 (D45), 90 (D90), 180 (D180) e 210 (D210). Esses dias são obrigatórios para todas as pacientes, pois são realizados os exames para avaliar a situação das IST no organismo das mulheres e o tempo de seis meses decorre da janela imunológica do HIV para soroconversão. Sendo assim, esse é o esquema mínimo de atendimento, mas, dependendo da situação psicológica da mulher ou da sua vulnerabilidade, o serviço intercala outras consultas, principalmente com os psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

Os serviços de violência foram identificados como facilitadores para sair da situação de vulnerabilidade, mas, em outros casos, o relato é de que estes não são suficientes. É importante conhecer os elementos que transcendem o serviço de saúde e a rede de atendimento disponível no município estudado para auxiliar as mulheres a superarem a situação de violência sexual.

### O significado do serviço para a mulher

O serviço estudado, ao oferecer o acompanhamento com a equipe multiprofissional, visa a colaborar com a recuperação da mulher e dos familiares, que também participam do sofrimento, conforme as orientações da Norma Técnica, de oferecer apoio psicossocial aos familiares (BRASIL, 2012).

A vivência da violência sexual enseja conflitos internos para a mulher que afetam os relacionamentos e manifestam-se, por exemplo, como a síndrome do trauma do estupro, a síndrome pós-trauma, a dor aguda, o risco para infecção, o conflito de decisão, a angústia espiritual, o sentimento de impotência, o isolamento social, a sexualidade alterada com o desinteresse em relação ao corpo e a baixa autoestima, bem como pode levar ao suicídio (FACURI, 2012).

Olha, agora, assim, eu estou me sentindo valorizada, mas no começo quando eu cheguei aqui eu me sentia um nada, eu me sentia



bem fraca. Eu ainda estou bastante debilitada, com o psicológico bem abalado ainda, mas o (este hospital) recebe a mulher como mulher mesmo, não vê a gente como mais um paciente, tanto que nós somos chamadas pelo nome, diferencial muito grande aqui (serviço analisado), você ser reconhecia como pessoa. Tanto é que eu tenho plano de saúde e continuo o acompanhamento aqui por causa do atendimento. Eu me sinto acolhida (M5).

As mulheres reconhecem que mudaram o comportamento após a violência e iniciaram um processo de baixa autoestima, melancolia, medo, além de trazer a concretude do aspecto subjetivo da violência, que fica entoando e retornando, mesmo que o ato já tenha ocorrido. Este é um fator preocupante, pois as mulheres, mesmo demonstrando desejo de superar a agressão, precisam compreender que a situação de violência vivenciada deve ficar presa nas amarras do passado e utilizá-la como uma experiência de vida, mesmo que imposta, negativa e traumática.

Parece que tem uma coisa que está andando no seu corpo, parece que você sente a mão daquele homem tocando em mim, que por mais que você tome banho, mude a roupa use uma roupa limpa cheirosa, você ainda se sente suja, entendeu? (M4).

O apoio para superar a violência vem de múltiplas fontes, por exemplo, da fé na religião (9), amigos e família (10), a vingança (1) e o desejo de voltar a ter a sua vida normal, com os sonhos e planejamentos de vida (10). Novamente, o apoio na rede e amigos aparece para fomentar que a pessoa não viva segregada da sociedade e os vínculos afetivos formados reforçam a base de sustentação para o desejo de superar a violência.

Eu não fico me martirizando ou chorando ou depressiva, eu não fico. Eu confesso que às vezes vêm os flashes, vêm às vezes, e isso me dá uma agonia. Sabe quando o seu coração dói, sabe? Não sei se você já sentiu isso. Aí, eu tento não lembrar, eu peço para Deus me ajudar, eu oro e aí vai esquecendo. Eu tento não ficar lembrando de nada, eu tento passar uma borracha, assim, e apagar (M6).

Os resultados dos exames, ao final dos seis meses de tratamento, também atuam como meio fortalecedor do tratamento e, para muitas mulheres, representa o fim do processo de consultas e atendimentos no serviço de saúde, mas o fortalecimento transcende a instituição e os profissionais. O enfrentamento e a superação do sofrimento vêm de outros fatores que envolvem a vida social da mulher, ou seja, o apoio familiar, a independência financeira, o trabalho,

os filhos e companheiros ou o desejo de estabelecer um relacionamento futuro possibilitam que elas finalizem essa etapa da sua vida e de vivência no serviço.

Ah, é difícil, é tipo, assim, entre aspas foi bom pela minha saúde, que eu fiz todos os exames e, graças a Deus, não teve nada, o pessoal que está me acompanhando bem, mas é algo que está errado, não tem muito o que fazer, não tem (hospital de referência analisado no estudo) e nem lugar nenhum vai conseguir apagar isso. Entendeu? Eu penso assim (M3).

O atendimento do hospital de referência em saúde da mulher analisado no estudo também auxiliou as mulheres a se sentirem mais fortalecidas quanto à situação de saúde, e possibilitaram uma reflexão quanto aos relacionamentos com pessoas controladoras, que apresentam comportamento sugestivo para a violência sexual, mesmo que as agressões não tenham sido por agressores conhecidos, na maioria dos casos estudados, mas o tipo de relacionamentos são as situações de vida em que elas têm o controle.

Eu me sinto mais empoderada para dar um basta muito mais fácil do que antes. Antes parecia que, como você não espera que a pessoa seja abusiva com você, você não está preparada para dizer um não ou sair da situação. Aí você fica meio assim, ai, meu Deus, tenho medo de reagir, o que vai acontecer comigo? E agora eu acho que vou reagir e dane-se o que vai acontecer comigo, você não vai me obrigar a fazer uma coisa que eu não quero. Eu acho que você fica mais fortalecida e dizer 'não, não!' Eu sei as consequências que vai ter, sabe? (M10).

Eu sou muito namorada, isso não me afetou em nada. E nem os outros homens têm culpa do que ele fez, mas agora eu olho muito no perfil da pessoa, se é uma pessoa ciumenta, agressiva, o jeito de falar comigo, esse tipo de pessoa eu evito. E antes não, eu não estava nem aí. Eu tenho um filtro mesmo (M8).

A percepção das mulheres ante o atendimento é positiva, pois o serviço as ajuda na identificação dos problemas relacionados à saúde, às IST e à prevenção da gestação. O Serviço Social, de Psicologia e de Psiquiatria, associados ao suporte familiar, fortalecem as mulheres na compreensão de que não são culpadas da violência e para não aceitarem uma relação violenta futura.

### Considerações finais

O estudo permitiu o acompanhamento das mulheres durante o atendimento no programa de atenção especial do hospital de referência analisado no estudo.

A vivência das mulheres, desde a admissão ao serviço emergencial, passando ao atendimento ambulatorial, por seis meses, e a finalização do tratamento permitiu que essas mulheres tivessem a dimensão da complexidade do tratamento.

O primeiro contato com o serviço é o mais crítico, pois as mulheres vivenciaram recentemente a violência sexual. A percepção quanto ao comprometimento dos profissionais com a escuta e a conduta adequada para o tratamento, as orientações e os encaminhamentos para a rede de atendimento qualificam esse serviço como positivo para as mulheres.

O segundo momento é o atendimento por seis meses, que envolve a coleta dos exames e a entrega dos resultados, as orientações dos serviços envolvidos na rede inter e intra-setorial. Em muitos momentos, as mulheres sentiram medo, angústia, receio de ter novos relacionamentos e mudaram a postura no relacionamento prévio, mas reconhecer que existiam outras mulheres na mesma situação, que existe vida com qualidade após a violência e que as pessoas mais próximas são as que lhes servem como base nesse processo de tratamento ajuda a realizar o próximo passo do acompanhamento e a superar o incômodo de voltar ao serviço para dispor de uma tarde inteira nos atendimentos com as diversas categorias profissionais, mas ao final do dia o sentimento é de fortalecimento pessoal.

O final do atendimento ambulatorial é considerado quando a mulher realiza os últimos exames no D180. Mesmo que ela não tenha ido a todas as consultas, é considerado o fato de que ela recebeu alta do acompanhamento ou é encaminhada para outro serviço, caso tenha necessidade psicológica.

A percepção delas é a de que o hospital, os profissionais ou o serviço não são capazes de fazer com que elas superem a violência. Estes elementos são apenas expedientes para a superação da violência. O fortalecimento vem da força interior, dos vínculos afetivos, familiares e da religião da mulher. O tempo de seis meses possibilita que, em alguns casos, a mulher tenha o desejo de superar a violência, mas não elimina a vulnerabilidade de gênero para novas violências.

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BEZERRA, J.F.; SILVA, R.M.; CAVALCANTI, L.F.; NASCIMENTO, J. L.; VIEIRA, L.J.E.S.; MOREIRA, G.A.R. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 29, n. 1, pp. 51-9, 2016.

BRASIL. Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. *Iluminar Campinas: Cuidando das Vítimas de Violência Sexual*. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm>>. Acesso em: 15 jan 2017.

CAVALCANTI, L.F.; MOREIRA, A.R.; VIEIRA, L.J.E.S.; SILVA, R.M. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 1079-1091, 2015.

FACURI, C. O. *Características sociodemográficas e sintomas psíquicos de mulheres vítimas de violência sexual*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP. 2012, 167p.

FACURI, C. O.; FERNANDES, A. M. S.; OLIVEIRA, K. D.; ANDRADE, T. S.; AZEVEDO, R. C. S. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*, 2016. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

HIGA, R; et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n. 2, pp. 377-82, 2008.

HIGAR, R.; REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 6, n.3, pp.372-6, 2007.

KVALE, S. *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SagePublications, Thousand Oaks California . 1996, 326p .

MENEZES, P.R.M.; LIMA, I.S.; CORREIA, C. M.; SOUZA, S. S.; ERDMANN, A. L.; GOMES, N. P. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc*, v. 23, n. 3, p. 45-52, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

ORTIZ-BARREDA, G.; VIVES-CASES, C. Legislation on violence against women: overview of key components. *Rev Panam Salud Publica*, v. 33, n. 1, p. 61–72, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

SHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AF; HANADA H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersetorial. *Rev Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.

SCHRAIBER, L. B. Violence: an issue at the interface between health and society. *Saúde Soc*, v. 23, n. 3, p. 727-32, 2014.



**PARTE II**

**APLICABILIDADE DE TÉCNICAS EM ESTUDOS  
QUALITATIVOS**





## CAPÍTULO 11

# A NARRATIVA E A PESQUISA QUALITATIVA

*Vera Lúcia Garcia / Alícia Navarro de Souza*

### **A narrativa – algumas reflexões**

Quando uma pessoa conta uma história, narra a sua experiência e, de maneira geral, utiliza uma ordenação temporal e um encadeamento de ideias sobre o que ocorreu, ou o modo como pensa que sucedeu. Assim, é possível argumentar que uma narrativa é uma explicação do que aconteceu com base na experiência individual de determinados fatos, constituindo uma experiência subjetiva do ocorrido e um relato que situa os fatos em uma ordenação que faça sentido.

A narrativa, segundo Labov e Waletzky (1967, 1997), é um método de recapitular as experiências fazendo corresponder a uma ordem de eventos. Sendo assim, nem toda recapitulação de uma experiência pode ser considerada uma narrativa, pois só serão levadas nesta concepção, se for recontada a experiência na mesma ordem dos fatos originais. Neste sentido, o foco dos autores com as narrativas era estrutural, na estrutura gramatical, com origem na Sociolinguística.

Na inteligência de Paul (1995), as narrativas são discursivas, circulando em torno de um lugar central, em vez de prosseguir diretamente a um determinado ponto. Para o autor, as narrativas diferem de uma conversa pelo fato de serem mais próximas de um monólogo que é unido por unidades de coesão de marcadores linguísticos e pela unidade temática. Em uma narrativa pode-se recontar um evento ou experiência, com a cronologia sequencial e um consistente ponto de vista. A narrativa também pode ser uma explicação de uma atividade ou procedimento que está sendo feito ou planejado. Pode ser o compartilhamento de uma experiência, ou mesmo uma história ficcional.

As narrativas podem ser orais, escritas e eliciadas durante uma conversa ou entrevista. Podem envolver histórias de vida, ter foco em eventos e os significados experienciados nestes eventos, ou mesmo em histórias comuns que as pessoas contam para compartilhar experiências diárias, como indicado no trabalho de Labov e Waletzky (1967, 1997).

Brunner (1990) com esteio numa análise funcional das narrativas, entendeu que esta permite a reflexão, a resolução de problemas, e que experiências difíceis podem ser ressignificadas de modo a fazer sentido para quem a conta.

A narrativa é uma configuração linguística, na qual os eventos se desenvolvem em uma sequência temporal definida, ou seja, há um início, um encadeamento de eventos temporalmente situados e, pelo menos, a expectativa de um final. A segunda característica é a existência de um narrador e de um ouvinte para quem a narrativa está sendo dirigida, cujas perspectivas influem no modo como a narrativa é desenvolvida. É sempre uma elaboração, função da intersubjetividade. Sempre reúne uma certa seleção de aspectos que são importantes para a versão que está sendo narrada. Como terceira característica, as narrativas versam sobre as pessoas, e não tanto para relatar sobre o que elas fazem ou acerca do que aconteceu a elas, mas sobretudo como se sentem e o que os outros sentem em relação a elas. Ainda, uma narrativa promove o engajamento e convida o ouvinte a interpretá-la (GREENHALGH; HURWITZ, 1999).

Campos e Furtado (2008), no Brasil, fizeram uma revisão bibliográfica de estudos relacionados à narrativa. Nessa revisão, os autores identificaram que as narrativas.

[...]Segundo as várias correntes revisadas como mediações: para a crítica literária de Ricoeur, como mediação entre discurso e ação; para as correntes historiográficas, como mediação entre acontecimento e estrutura; para as correntes da comunicação, como mediação entre indivíduo e sociedade; para a psicanálise de Kristeva, como mediação entre memória e ação política (p 1095).

Para Castellanos (2014), inicialmente, a Antropologia e a Sociologia utilizavam as narrativas de maneira instrumental, entendendo-a como uma estratégia de acesso ao real. Com o decorrer do século XX, elas passaram a ser objeto de conhecimento, sendo foco de análise da cultura, da ação social e da experiência (pessoal e social).

### **A narrativa e a pesquisa qualitativa**

A pesquisa assinada em narrativas, geralmente, se concentra na vida das pessoas, contadas por meio de suas histórias, ou seja, com suporte em fatos reais. Com efeito, a narrativa é usada como método, como meio de pesquisa e implica ver a pessoa em seu ambiente e os significados que confere ao que aconteceu. Este processo é necessariamente subjetivo e interpretativo.

Uma vertente da pesquisa utilizando narrativas enfoca o adoecimento e o cuidado. Mais recentemente, as narrativas também são utilizadas para pesquisa na área de ensino médico do terreno da saúde. No que refere as narrativas, a técnica implica a produção da narrativa com início uma pergunta inicial, mas que se configura ao final em uma entrevista semiestruturada ou em profundidade e não em questionários. A atitude do entrevistador/ pesquisador é de falar muito pouco, mas é preciso que sua posição seja de um ouvinte ativo e qualificado, que realmente esteja interessado no que se tem a dizer, com interferência mínima. Deve-se ressaltar o papel de quem ouve a narrativa, pois ela é estabelecida nesta diáde, nesta parceria, pois está sendo contada a alguém.

Na análise das narrativas, é preciso levar em consideração o fato de que embora se possa narrar um fato, ele é contado desde a perspectiva de quem fala, do contexto específico desta pessoa nos aspectos históricos, sociais, culturais. Por via do discurso narrativo, as pessoas representam ideias, sentimentos, com as próprias palavras para alguém.

No Brasil, é possível identificar estudos envolvendo o uso de narrativas. Schaiber (1995) utilizou narrativas orais para estudar a profissão médica. Para a autora,

[...] muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de ideias cujos nexos se constroem no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato - pelos fatos que este traz e em seus encadeamentos, totalmente originais, na narrativa (p. 68).

Souza et al (2014) utilizaram a McGill MINI Narrativa de Adoecimento em distintas realidades da prática médica e sugeriram que a utilização desta entrevista no contexto do trabalho é relevante para os estudantes e para o cuidado centrado no paciente. A entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento (GROLEAU et al., 2006) é uma entrevista semiestruturada, constituída por cinco seções, devendo o entrevistador iniciar negociando o problema de saúde com o entrevistado, e o problema que lhe for importante e nomeado nas palavras dele será o objeto das perguntas do entrevistador. A primeira seção é uma narrativa inicial, desde o primeiro momento em que o entrevistado sentiu seu problema de saúde, sendo o objetivo do entrevistador possibilitar uma narrativa o mais livre possível por parte do entrevistado. A segunda seção investiga modelos ou protótipos relacionados ao problema de saúde, buscando conhecer experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de pessoas do

seu ambiente social, ou mesmo relatos por ele encontrados na mídia, e representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão. Na terceira seção, o objetivo é conhecer a narrativa do modelo explicativo do problema de saúde na perspectiva do entrevistado, sendo explicitadas atribuições causais, nomes populares relacionados ao problema, se for o caso, expectativas ligadas à evolução e resultado do tratamento. Por fim, a quarta e quinta seções têm como objetivos a experiência de uso dos serviços de saúde e de resposta a tratamentos, incluindo dificuldades ou não em seguir recomendações, e influência que o problema de saúde teve sobre a vida da pessoa.

A utilização da entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento no ensino de profissionais de saúde, em particular na experiência do ensino médico (SOUZA et al., 2014), possibilitou um roteiro aos alunos na abordagem da dimensão do adoecimento, propiciando uma escuta qualificada com base na ampliação da voz do paciente. Sua utilização na pesquisa para a compreensão da experiência de pessoas com diversas condições de saúde é bem mais desenvolvida (consulte o site: <https://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini>).

A entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento teve tradução e adaptação transcultural para o Português publicada por Leal et al., em 2016. As entrevistas devem ser analisadas quanto a alcançar os objetivos de cada seção, valorizando os temas conceituais da segunda e terceira sessões desta entrevista – protótipos e modelos explicativos – e os temas emergentes identificados nas outras três ou por via de análise do conteúdo realizada, por exemplo, conforme a técnica descrita por Bardin (2011).

Tempski e Mayer (2014) estudaram, no Brasil, narrativas escritas de preceptores sobre o tema humanização. Para exame do material, foi feita análise qualitativa com categorização, identificação de subcategorias e exemplificação por meio de trechos das narrativas, de modo a desvelar e explicitar os sentidos do tema aos preceptores.

A própria narrativa é tema de pesquisa. O desenvolvimento de competências narrativas é relevante para a formação médica e de profissionais da saúde e advoga sobre a importância deste treinamento com influxos positivos na relação médico/profissional da saúde-paciente.

A análise das narrativas pressupõe não só a análise do formato, mas em especial, também, a compreensão do significado do evento na vida das pessoas. A narrativa permite compreender experiências particulares e os sentidos destas, sendo o aporte teórico da pesquisa qualitativa seu fundamento. As narrativas revelam sobre as pessoas, mas também acerca do coletivo, a respeito das relações humanas e os significados sociais de determinada época. É importante res-

saltar que, da mesma maneira que as emoções são colocadas em foco para quem narra, o ouvinte/ interlocutor também é afetado em suas emoções, com amparo nas suas experiências prévias, sentimentos despertados, tendo um papel ativo neste processo, e não de mero observador.

### Experiência de uso de narrativa na perspectiva dos estudantes

Em seguida, vamos apontar uma parte dos resultados decorrentes de uma pesquisa realizada com alunos do 1º ano de Medicina, quando pretendemos ilustrar a potência das narrativas relacionada à experiência com pacientes no ensino de profissionais da saúde.

Estes jovens alunos mal chegaram à Medicina, num tempo em que muitas histórias relacionadas a pacientes serão contadas e ouvidas, e cujas estruturas narrativas eles aprenderão a transformar para fazer apresentações orais ou escritas, descritas por Good e Good (2000, p. 51) como “[...]objetos construídos pela medicina com dimensões ahistóricas, atemporais, não-sociais do corpo medicalizado” alvo da atenção terapêutica. É preciso aprender a editar a versão do paciente para produzir a versão apropriada que constitui a história médica. É fundamental aprender “o que é importante”, assim como mostrar “o que é importante” de modo persuasivo é central para se tornar médico (GOOD; GOOD, 2000, p. 55).

Muito se tem dito sobre a importância da inserção precoce dos alunos de Medicina na estrutura dos serviços. Experiências de complexidade crescente, desde o 1º ano, por meio da prática de ensino na comunidade se encontram descritas e com recomendações consensuais como a necessidade do seu desenvolvimento em pequenos grupos, e da supervisão de um tutor (GODOY; CYRINO, 2013). Esta experiência é valorizada com relação ao ensino clínico, pois estimula o protagonismo do aluno, além de oferecer a oportunidade de conhecimento das manifestações iniciais das doenças e as repercussões do adoecimento na vida pessoal e profissional das pessoas e seus familiares (TRONCON, 1999).

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no atual currículo, os alunos têm a primeira oportunidade curricular de vivenciar a integração ensino-serviço no terceiro semestre do curso médico, por meio da disciplina obrigatória Atenção Integral à Saúde. Oferecemos a oportunidade de alunos do segundo semestre do curso se inscreverem em uma atividade eletiva de pesquisa centrada em entrevistas com pacientes, focadas no que sentem e pensam a respeito de seu principal problema de saúde, a serem realizadas na realidade da atenção primária à saúde, em uma unidade municipal de saúde próxima ao principal campus universitário da UFRJ. Todos os alunos

que se interessaram aceitaram a proposta que envolvia sua concordância para gravação em áudio das entrevistas que eles realizariam, preservados o sigilo e o uso do áudio para finalidade acadêmica, conforme o texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos reafirmaram seu intento de participação, e assinaram o TCLE. Apesar das dez vagas previamente estabelecidas, resolvemos nos organizar para receber os 13 alunos interessados. Por ser disciplina eletiva vinculada a um projeto de pesquisa, tivemos a honra de cinco destes alunos escolherem investir suas bolsas Jovens Talentos da CAPES no projeto.

A UFRJ situa-se no Município do Rio de Janeiro, com 1.255,3 km<sup>2</sup> de área e 6.323.037 habitantes. Nos últimos anos, houve grande reforma na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, com a implantação das Clínicas da Família, o que representou um aumento da cobertura de Saúde da Família na Cidade de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% até setembro de 2016. Para a realização da pesquisa, a Clínica da Família escolhida, além de próxima ao campus, é uma unidade de saúde onde já se realizava a integração ensino-serviço por meio dos alunos do Internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da UFRJ. Além da gerência da unidade, os médicos preceptores aceitaram participar da experiência, assim como outros membros da equipe que se prontificaram a selecionar pacientes cujo manejo clínico poderia se beneficiar da compreensão advinda da realização desta entrevista.

Os 13 alunos contavam com cinco tutores/pesquisadores, na sua maioria vinculados à UFRJ, que acompanhariam cada dupla ou trinca de alunos semanalmente. O treinamento para fazer a entrevista McGill MINI Narrativa de Adoecimento (McGill MINI) durou três semanas. Na primeira, apresentamos a unidade de saúde aos alunos e explicamos o roteiro da entrevista McGill MINI, com destaque para aspectos relevantes da sua técnica e os objetivos gerais e de cada sessão. Para a segunda semana, combinamos que realizaríamos a entrevista com a participação dos alunos, quando um teria a oportunidade de entrevistar o colega sobre uma experiência de adoecimento e tratamento pregresso (simulação da entrevista). Na terceira semana, os alunos assistiram aos tutores/pesquisadores conduzindo as entrevistas com pacientes da unidade de saúde. Ao final de cada manhã, discutíamos a atividade. Na terceira manhã, os alunos pediram para começar a experiência de conduzir as entrevistas, mantidas as duplas e trincas acompanhadas por um tutor/pesquisador. Os pacientes eram selecionados pela equipe – agentes comunitários de saúde (ACS), residentes, alunos do internato e seus preceptores – e podiam ser entrevistados na clínica ou nas visitas domiciliares, conforme a conveniência do paciente, sendo que, no último caso, sempre contávamos com a participação efetiva dos ACS.

O problema de saúde na perspectiva da equipe era sempre comunicado imediatamente antes da realização da entrevista. Ao final da manhã, nos reuníamos

e discutíamos as entrevistas realizadas naquele dia. Dificilmente, contávamos com alguém da equipe neste momento, no entanto sempre fazíamos uma síntese e comunicávamos à equipe nossa compreensão baseada na entrevista McGill MINI.

Os 13 alunos realizaram em dupla ou em trinca um total de 28 entrevistas McGill MINI ao longo de dez semanas, cada aluno participando, em média, de sete entrevistas. Cada aluno entrevistador teve a responsabilidade de transcrever a entrevista e preencher uma grade de análise proposta. Algumas destas grades e as respectivas entrevistas foram objeto de apresentação nos três seminários mensais realizados. Ao final da experiência, os alunos foram individualmente entrevistados acerca de sua apreciação da experiência.

No semestre seguinte, cinco dos 13 alunos solicitaram continuar a análise das entrevistas, por meio do Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Decidimos, então, solicitar a última atividade aos 13 estudantes, qual seja, que escrevessem uma narrativa sobre a experiência mais marcante quando realizaram as entrevistas McGill MINI no semestre anterior.

Dos 13 alunos 11 aceitaram nosso convite e produziram uma narrativa. Em todas elas, exceto uma, havia um paciente escolhido. Duas pacientes, no entanto, foram escolhidas por dois alunos, de um total de 28 pacientes que foram entrevistados por eles, tendo cada aluno tido a oportunidade de participar, em média, de sete entrevistas.

A maioria das 11 narrativas tinha em comum um enredo: iniciavam com a descrição e os significados da experiência de entrevistar pacientes com o roteiro McGill MINI no contexto da atenção primária, especialmente por intermédio de visitas domiciliares – “um choque de realidade” – e terminavam com a apreciação da contribuição desta experiência à formação da identidade profissional – “a responsabilidade da minha escolha (Medicina)”; “a responsabilidade em tentar minorar o sofrimento daqueles que necessitam de ajuda... sempre!”

### **A experiência: um choque de realidade**

Vários alunos destacaram ter sido a primeira entrevista ou o primeiro contato com paciente. A experiência se mostrou também inaugural pelas histórias de vida ricas nas dimensões psicológica, cultural, social e econômica expressas pelos pacientes, uma realidade pouco conhecida para estes jovens estudantes.

No dia de sua entrevista, eu estava um pouco nervosa, pois nunca antes tinha tido contato, nesse nível, com um paciente. Já havia

participado de visitas domiciliares, quando estudava na Faculdade de Medicina [nome de outra Faculdade cursada por pouco tempo antes de sua aprovação na UFRJ], mas todas eram muito rápidas, se comparadas com a aplicação do MINI. Além do mais, o MINI, como já havia observado nas entrevistas realizadas pelos colegas, não se limitando apenas a sinais e sintomas, acaba mexendo muito com o psíquico do paciente, pois engloba todo o processo de adoecimento e suas consequências na vida do enfermo. Nesse sentido, estava bastante apreensiva no dia.

Vários momentos da entrevista foram muito impactantes para mim. Foi difícil imaginar a vida de alguém ao lado de uma pessoa que ela não gosta, não posso imaginar a dor de uma mãe ao perder sua filha...

Ele a espancou e quebrou o seu braço, segundo ela, torcendo seus ossos como quem torce uma toalha. (Acho que nunca vou esquecer essas palavras.) Nesse momento, começaram a cair lágrimas de seus olhos fechados, e eu não pude conter as minhas também.

### As emoções vivenciadas

É conhecida a impotência, (o constrangimento), que pode chegar até mesmo a um sentimento de culpa, do estudante de Medicina dos primeiros anos em relação aos pacientes. Como já nos dizia Rocco (1979), em seu estudo com terceiranistas de Medicina que pela primeira vez estabeleciam contato com pacientes: “Não há correspondência entre o sentimento do estudante que se considera usando o paciente, e o do paciente que não se sente usado”. Em estudo recente, Godoy e Cyrino (2013), compartilham conosco narrativas de terceiranistas de Medicina que iniciam o atendimento clínico a pacientes das Unidades Básicas de Saúde, quando cursam a disciplina Integração Universidade-Serviços-Comunidade (IUSC) III, que faz parte de um conjunto disciplinar articulado e sequencial de mesmo nome. As narrativas são escritas no “caderno do aluno”, um diário reflexivo para o registro de experiências no exercício da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde (cf. 19-21). A angústia e o sentimento de impotência são também mencionados por esses autores quando os estudantes vivenciam o seu desejo de ajudar o paciente e ao mesmo tempo a sua limitação (p. 85):

A maior dificuldade não foi na aplicação da entrevista em si, mas em ver tamanho sofrimento e não poder fazer nada em relação a isso, apenas continuar com o roteiro de perguntas. Não posso negar, que, por vezes, sentia que estava “cutucando a ferida” [...] é



complicado, pois não há muito o que fazer quanto ao problema de solidão, o que me trouxe uma sensação de impotência.

É importante registrar, no entanto, na narrativa outra aluna sobre a mesma paciente:

Embora tenha essa história de vida super sofrida, uma das coisas que mais me marcou foi a gratidão que essa senhora sentiu por poder dividi-la conosco. Ela nos abraçou, disse que tinha adorado a entrevista e pediu pra que voltássemos outro dia.

Vários alunos falaram sobre as emoções vividas e a dificuldade em conter a emoção.

Foi muito difícil para mim me manter sem chorar, pois, podia ver o quanto as lembranças eram doloridas.

Toda essa situação me causou não apenas mal-estar, mas também revolta. Ver alguém em uma situação tão inimaginável para nós, que temos tudo, é algo chocante e que muda tudo o que achamos que sabemos. Saindo daquela entrevista, eu me perguntei “Qual a diferença entre viver e apenas sobreviver?” Dona A. sobrevive.

### Todos os sentidos na experiência

Os alunos foram capazes de vivenciar na plenitude dos seus sentidos uma aprendizagem muito além dos objetos descontextualizados constituídos pela Medicina, como nos disse Good e Good (2000).

Ver o ambiente em que o paciente está inserido é essencial. Se Dona N. tivesse ido até a clínica para a entrevista, não teríamos tido a ideia completa de como ela vive. Não teríamos sentido o cheiro, visto as paredes, observado o quão vazia e suja era aquela casa. A equipe de saúde precisa dessas informações para tratar o paciente de forma adequada.

## As reflexões possíveis

Alguns alunos incluíram em suas narrativas reflexões acerca da primeira experiência com pacientes.

Histórias marcadas por violência nos morros, falta de estrutura familiar, abandono social do governo, entre outros motivos, são responsáveis pela reprodução de geração em geração dos mesmos problemas, como quadros depressivos, gravidez na adolescência e muitos outros.

## O estudante futuro médico

Muitas narrativas terminaram com a lição que cada um levava consigo desta experiência, considerando sua escolha profissional.

Contudo, não posso negar que a entrevista foi importante para o meu amadurecimento. Ter contato com outras realidades, mesmo que pesadas, como a da Dona J., é, com certeza, uma experiência enriquecedora, que permite darmos mais valor as nossas próprias vidas, ao mesmo tempo que nos incute a responsabilidade em tentar minorar o sofrimento daqueles que necessitam de ajuda... sempre!

Eu fiquei revivendo essa entrevista por vários dias e semanas em meus pensamentos. Conteí para meus pais e pessoas mais próximas. Acho que essa experiência me fez compreender a responsabilidade da minha escolha (medicina) e a necessidade que as pessoas têm de serem ouvidas.

Acho que para minha formação como médica essa experiência foi muito importante. Espero que o que fizemos lá tenha ajudado pelo menos um pouco Dona N., pois ela me ajudou.

## Considerações finais

A narrativa se mostra como potente meio para uso em estudos qualitativos. É focada na linguagem, quer seja oral ou escrita, de modo que as experiências, subjetivas, possam ser transmitidas. A originalidade e a singularidade das narrativas permitem a compreensão de contextos e sentidos a elas conferidos, as-

sim como, o modo como estas experiências são ressignificadas com suporte em valores, crenças e emoções explicitados. Os estudos envolvendo a narrativa não têm a intenção de esgotar as possibilidades de análise, mas sim de abrir os sentidos explícitos na linguagem oral e escrita. No caso da linguagem oral, é preciso também desvelar o que não foi dito por intermédio das palavras, mas enunciado pela voz, entonação, pausas e toda comunicação não verbal.

A narrativa valoriza a experiência vivida, que é revista com em dados de memória dos sujeitos, mas que também é revista e recriada pelo ouvinte de acordo com sua experiência, valores e crenças.

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- BRUNNER, J. *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard, 1990.
- CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. S. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*, 2008; v. 42, n. 6, pp. 1090-6.
- CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.
- GODOY, D. C.; CYRINO, A.P.P. *O Estetoscópio e o Caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de Medicina*. São Paulo (SP): Cultura Acadêmica, 2013.
- GOOD, B. J.; GOOD, M.-J. D. “Fiction” and “Historicity” in Doctors’ stories: social and narratives dimensions of learning medicine. In: MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. (orgs) *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press, 2000.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. *Narrative based Medicine*, BMJ Books, 1999.
- GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L.J. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry*, 2006; v. 43, n. 4, pp. 671-91.
- LABOV, W.; WALETZKY, J. Narrative analysis: oral versions of personal experience. *The Journal of Narrative and Life History*, v. 7, n. 1-4, pp. 3-38. 1997.
- LEAL E.M.; SOUZA, A.N.; SERPA JÚNIOR, O.D.; OLIVEIRA, I.C.; DAHL, C.M.; FIGUEIREDO, A.C.; SALEM, S.; GROLEAU, D. McGill Entrevista Nar-

rativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Cien Saúde Colet*, v. 21, n. 8, p. 2393-2402, 2016.

PAUL, R. *Language Disorders from infancy through adolescence*. St Louis: Mosby, 1995.

RIESSMAN, C. K. *Narrative Analysis: Qualitative Research Methods Series*. London: Sage Publications, 1993.

ROCCO, R.P. *O Estudante de Medicina e o Paciente*. Rio de Janeiro (RJ): Achiamé, 1979.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*. 1995; v. 29, n. 1, pp. 63-74.

SOUZA, A. N.; ROCHA, H. A.; BASTOS, D. F.; GOMES, M. K.; BOLLELA, V. R. A Narrativa de Adoecimento e as Práticas Formativas na construção da Realidade Clínica. *Cadernos ABEM*, v. 10, pp. 47-57, 2014.

TEMPSKI, P.; MAYER, F. B. *Narrando a Vida, Nossas Memórias e Aprendizados – Humanização no Ensino e na Assistência*. São Paulo, Atheneu, 2014.

TRONCON, L. E. A. Ensino Clínico na Comunidade. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 32, pp. 335-44, 1999.

## CAPÍTULO 12

# NARRATIVA COMO TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES NA PESQUISA QUALITATIVA

*Dayse Paixão e Vasconcelos / Marilene Alves Oliveira Guanabara*

*Raimunda Magalhaes Silva / Maria Alix Leite Araújo*

*Herla Maria Furtado Jorge*

### Introdução

A narrativa está em boa parte das experiências, em que, por meio da narração de histórias, as pessoas e comunidades (re)afirmam a sua existência na comunidade, região e no mundo. Contar uma história por meio dos detalhes faz parte do papel de quem conta, pois é de uma estratégia subjetiva de convencer quem escuta sobre o que é contado.

Em toda “contação” é possível encontrar uma série de acontecimentos que ajudem a constituir a vida individual, social e cultural de grupos humanos. Assim, as narrações são formadas de acontecimentos concretos e dos sentidos atribuídos a eles pelos contadores de história.

Por essa possibilidade de compreensão, a narrativa é utilizada como técnica de informação em pesquisa qualitativa.

Uma narrativa representa uma sequência de acontecimentos interligados, transmitidos em uma história. As histórias sempre reúnem aqueles que as narrram e aqueles que as ouvem, leem ou assistem. Quem narra, por sua vez, “[...] escolhe o momento em que uma informação é dada, e por meio de que canal isso é feito”. (PELLEGRINI et al., 2003, p.64).

A riqueza da narrativa está nos detalhes. Percebemos as minúcias dos acontecimentos por meio da narração e da interpretação de quem conta que nos propicia atribuir sentidos à fala. Dessa maneira, uma narrativa é sempre alcançada por meio de uma entrevista. Por isso, alguns autores (SCHÜTZ, 2007; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011; BAUER; GASKELL, 2011) a definem como

“Entrevista Narrativa”, em que há um narrador, chamado de “entrevistado”, e um ouvinte, chamado de “entrevistador”.

A Narrativa é discutida por diversos teóricos (RICOUER, 1994; BRUNER, 2004; SCHÜTZE, 2007). Nas linhas seguintes retrataremos algumas das ideias desses teóricos.

Paul Ricoeur destaca que o mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal que torna o tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo. Em contrapartida, a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal. Existe entre a atividade de narrar uma história e o caráter temporal da experiência humana uma relação que não é puramente acidental, mas denota um jeito de necessidade transcultural. Os acontecimentos da história vivida podem estar organizados linear ou temporalmente (GANCHO, 2004).

Para Ricoeur, a narrativa integra uma história inteira e completa os eventos múltiplos e dispersos, esquematizando a significação inteligível que se prende a narrativa considerada como um todo. Sendo assim, narrar é produzir uma obra e, por sua vez, uma obra cheia de significação, subjetividades de uma realidade vivida e ensaiada pelo sujeito. Existe uma relação muito profunda entre o desenvolvimento da identidade de uma pessoa e suas narrativas de experiências históricas de vida e de recordações do próprio passado, dos episódios da vida. Ao narrar sua história de vida, o indivíduo narrador transmite uma ordem e estrutura de identidade (SCHÜTZE, 2007).

Essa capacidade de narrar é um aspecto inerente aos seres humanos. Se observarmos, estamos frequentemente narrando acontecimentos ou contando eventos de que participamos, assistimos ou sobre os quais ouvimos falar (CESAR, 1994).

De acordo com Benjamin (1994), “[...] a narrativa é uma forma artesanal de comunicação”. Esta seria a modalidade de comunicação mais adequada ao ser humano, já que reflete a experiência. Considerava a arte de contar uma história um acontecimento infinito, “[...] pois um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (p.37). Desse modo, a narrativa, em vez de ser uma lembrança acabada de uma experiência, se reconstrói à medida em que é narrada.

## A Concepção de Narrativa de Fritz Schütze e Jerome Bruner

Fritz Schütze, sociólogo alemão, e Jerome Bruner, psicólogo estadunidense mas de família polonesa, destacam-se como grandes contribuintes da narrativa como método e técnica em investigação qualitativa.

Schütze (2007a) propõe seu método de narrativa baseando-se em dois pressupostos: 1) de que a realidade social é vivenciada pelas pessoas com histórias biográficas singulares; e 2) que uma mesma realidade social produzida é mantida ou transformada pelas mesmas pessoas que a vivenciaram, com procedência no desenvolvimento e modificação de suas identidades biográficas.

Para Bruner (2001), o sujeito (ser sócio-histórico) pode reconstituir a sua noção de si mesmo, o que faz da narrativa um elemento organizador da vida humana. Esse processo construtivo permite criar e recriar relatos da nossa experiência, podendo ser transmitida a outros.

Para que a compreensão do “si-mesmo” ocorra, Bruner (1997) impõe duas condições: 1) a de que os estudos devem focar nos significados do “si-mesmo” tanto para indivíduos como para o coletivo; 2) considerar que a condição do “si-mesmo” é atravessada pelas diferentes situações experimentadas pelos indivíduos. Podemos destacar como exemplo a interferência das regras sociais no modo de vida das pessoas (pessoas e coletividade).

A narrativa geralmente é conceituada como uma realidade de linguística que comunica e compartilha fatos criados ou reais, e que possui uma estreita relação com a experiência (SANTOS, 2014, p.128).

Portanto, a narrativa pode ser entendida como uma das configurações mais coerentes de se alcançar os sentidos das histórias vividas pelos indivíduos, não significando, meramente, uma descrição, mas uma compreensão interpretativa das situações experienciadas, em que a comunicação é fundamental.

Em linhas gerais, e sob influência de Schütze e Bruner, as narrativas são identificadas como biográficas e autobiográficas. De acordo com Santos (2014), a narrativa possibilita, com esteio nas vozes dos entrevistados, a recuperação da singularidade das histórias narradas (histórias de vida); enquanto a narrativa autobiográfica possibilita a compreensão de aspectos que estão nos processos formativos e compreensão de si-mesmos, em interação com o mundo (JOSSO, 2004).

A análise biográfica constitui essencialmente uma situação comunicativa, em que, ao narrar sobre si (autobiografia), localiza-se em outras narrativas, envolvido por um contexto de criação e criatividade (SANTOS, 2014).

A narrativa autobiográfica pode ser considerada como o território mais amplo em que se inscrevem os diversos recursos e abordagens para a análise de autorrelatos e de trajetórias de vida (SANTOS, 2014). Destacam-se, como autores contribuintes para esse entendimento, Gadamer e Paul Ricouer (CARVALHO, 2000) e Pierre Bourdieu (SANTOS, 2014) com suas teorias.

## Os Passos da Técnica de Narrativa

A narrativa como técnica deve ser compreendida como o meio para se alcançar as informações pretendidas. Tenciona-se, por meio dela, “capturar” os significados e sentidos de um acontecimento, contexto ou determinada realidade. Isto a torna uma técnica eminentemente qualitativa, e é aplicada por meio de uma entrevista.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada para captar dados subjetivos. Existem vários tipos de entrevistas (estruturada, semi estruturada, aberta, entrevistas com grupos focais etc). Para que a entrevista proceda com êxito, alguns cuidados devem ser tomados, como a escolha do entrevistador, que deve ser alguém que com relação ao tema pesquisado; a disponibilidade do entrevistado, e o ambiente, que deve ser tranquilo, garantir ao entrevistado a privacidade e a confidencialidade necessárias, e preparação cautelosa do roteiro de entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

Aconselha-se ter um diário de campo para anotações de fatos que não serão captados pela gravação, ou de observações feitas por você. O diário de campo também o ajudará a anotar questionamentos que deverão ser feitos ao final da entrevista, logo após a cessação completa da narração por parte do entrevistado.

Optamos por descrevê-la em forma de “passos”, identificando os objetivos e características de cada um. Os passos aqui reunidos seguem os mesmos pressupostos de Jovchelovitch e Bauer (2011) e Bauer e Gaskell (2011), que formularam algumas fases da técnica com suporte no constructo teórico do sociólogo alemão Fritz Schütze anos de 1970.

### 1º Passo: planejamento

Denominamos essa etapa inicial de “Planejamento”, e, como a própria denominação sugere, ela é de uma preparação do que há por vir. Nesse momento,



será necessário ter uma compreensão preliminar do acontecimento principal, e do que se deseja saber. Faz-se necessário elaborar um tópico/pergunta para provocar uma narrativa que se sustente por si mesma. Ou seja, a pergunta inicial deverá desencadear no entrevistado uma narração suficiente para se compreender o que se quer.

Para isso, é necessário que o entrevistador crie familiaridade com o tema. Duas providências são importantes: a leitura sobre o assunto e de documentos, e a elaboração de algumas perguntas da qual você precisa obter as respostas. Jovchelovitch e Bauer (2011) identificam essas perguntas como “Perguntas ‘Exmanentes’”, ou seja, são perguntas de interesse do entrevistador.

## 2º Passo: introdução

A etapa “introdução” deve focar-se em explicar o contexto geral da investigação, explicando ao informante que em geral, a narração deve ocorrer sem interrupções, sendo seguida de algum questionamento em que o ouvinte não compreendeu, e fechamento. É importante que a autorização para gravar a entrevista seja solicitada nessa fase.

Nessa etapa, utilizamo-nos de recursos diversos para promover a narração. Pode ser um recurso visual, ou a leitura de um texto ou notícias, ou até mesmo uma explicação detalhada sobre o que se quer saber. Esses recursos devem estar ligados ao **tópico central**. Tópico central: Risco e vulnerabilidade social de jovens de bairros pobres de Fortaleza.

Ponto de partida para desencadear a narração: “Estou pesquisando histórias de vida de jovens da cidade de Fortaleza e gostaria de conhecê-lo melhor. Para isso peço que você conte a sua história do modo como achar conveniente. Você pode levar o tempo que quiser, começar e terminar sua história como desejar, contando sua vida de modo que eu compreenda quem você é. Para que você conte sua história livremente, eu não vou interrompê-lo. Você deve me dizer quando a história acabou e somente depois eu farei algumas perguntas para esclarecer o que não entendi bem. Certo?” (GERMANO, 2012)

Existem algumas regras importantes para o Tópico Central (BAUER; GASKELL, 2011);

- 1) Necessita fazer parte da experiência do informante.
- 2) Deve ser de significância pessoal e social.
- 3) O interesse e investimento do informante no tópico não devem ser mencionados.

4) Deve ser suficientemente amplo para permitir ao informante desenvolver uma história longa.

5) Evitar formulações indexadas (referências a um lugar ou tempo).

### **3º Passo: desenvolvimento**

Essa etapa é a narração em si, momento em que o ouvinte deixa o informante narrar livremente sua história. E esta não deve ser interrompida até que haja a “coda”, ou seja, até que haja a nítida indicação do narrador de que sua narração cessou.

Nesta fase, o ouvinte-entrevistador deve abster-se de qualquer comentário, sem, contudo, deixar de emitir sinais não verbais que indiquem que ele está prestando atenção na história. É necessária uma escuta ativa, atenta. Pode se tomar notas ocasionais para perguntar depois, sem que a narração seja interrompida.

E, ao sinal da “coda”, deve ser feita uma “investigação adicional” para verificar se o entrevistado intente dizer mais alguma coisa. É comum fazermos perguntas do tipo: “Você gostaria de dizer mais alguma coisa?”, “O Sr/Sra gostaria de contar mais alguma coisa?” etc.

“A narrativa é considerada uma entrevista não estruturada, de profundidade, com características específicas”. Ela é motivada por uma crítica do esquema perguntas-respostas. A influência do entrevistador deve ser mínima, e o ambiente deve favorecer à narração.

### **4º Passo: indagação**

Na etapa de indagação, o entrevistador faz perguntas/questionamentos que deixam mais lúcidas e claras as questões surgidas na narração. Esta fase tem como objetivo eliciar material novo e adicional, além do esquema autogerador da história contada. É o momento em que a escuta atenta do entrevistador produz frutos e sentidos. O auxílio do gravador é utilizado até essa fase.

O sentido, entretanto, não está somente no “fim” da narrativa; ele permeia toda a história. E os sentidos podem ser explícitos e implícitos.

Regras Básica:

1) Não fazer perguntas do tipo “por quê” e não indagar diretamente sobre opiniões, atitudes ou causas, pois “[...] toda narrativa irá incluir determinadas

justificações e racionalizações”. Uma recomendação importante é não investigá-las mas atentar-se para como aparecem espontaneamente ou não.

2) Pergunte apenas “Questões imanentes”, empregando somente as palavras do informante. As questões imanentes referem-se a algo sobre a história contada e que você não compreendeu ou quer saber mais detalhes. Por exemplo: o que você quis dizer com....?”; O que aconteceu depois de ...?”; “Você pode me explicar melhor o que seria...?” etc.

3) Não aponte contradições na narrativa. “Esta também é uma precaução contra investigar a racionalização”, além da que ocorre espontaneamente.

Muitos teóricos transitaram no campo da racionalização (Max Weber, 1968; Jürgen Habermas, 1981) na qual cada um atribui a ela um sentido em um determinado contexto (THIRY-CHERQUES, 2009; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013). A Racionalização pode ser compreendida como uma maneira de ver o Mundo, que mesmo com certa limitação, pode ser considerada suficiente para retratar uma realidade. Habermas (1981), ao propor a Teoria da Ação Comunicativa (TAC), considerou a racionalização como uma questão (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

Desde a perspectiva conceitual da ação orientada ao entendimento, a racionalização aparece, antes de tudo, como reestruturação do modo de vida, como um processo que atua sobre a comunicação cotidiana mediante a diferenciação do sistema de saber, afetando, assim, as maneiras de reprodução cultural, interação social e socialização (HABERMAS, 1981; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013), em que “ [...] todo entrevistador deve ser alertado para evitar cuidadosamente impor qualquer forma de linguagem não empregada pelo informante durante a entrevista” (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013, p.154).

## 5º Passo: conclusão

Nesta etapa, o entrevistador caminhará para o fechamento do momento. Nela poderão ser empregadas perguntas do tipo “por quê?”. Esta pode ser uma porta de entrada para a análise posterior, quando as teorias e explicações que os contadores de histórias têm sobre si mesmos se tornam o foco de análise.

Nesta fase, o gravador deverá estar desligado. É um momento precioso.

## Vantagens e desvantagens da técnica da narrativa

### As vantagens

As vantagens da técnica narrativa se constituem com origem nas expressões de estados internos do sujeito ou de suas maneiras de interagir socialmente, entre outros, de abordá-la como evento ou experiência, uma vez que instiga novos questionamentos a pesquisadores com especial interesse por histórias (GERMANO; VALENTIM, 2012). É sob esta perspectiva que trataremos as vantagens da técnica narrativa com maior ênfase, no fato de que elas oferecem a maneira de ligar o conhecimento prático e pessoal com as perspectivas profissionais e fornecem uma base sólida para reflexão crítica. Quando pensamos a narrativa do ponto de vista da reflexão crítica seria importante refletir em uma experiência viva do discurso, na qual ligaria a explicação à compreensão e assim superar a distância entre compreender a história narrada. A narração implica memória e a previsão sugere espera (CAMPOS; FURTADO, 2008). Na verdade, as narrativas são infinitas em suas variedades (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2001).

Vale enfatizar o pensamento de alguns autores quanto às vantagens de se usar as narrativas como técnica para narrar uma história. Acredita-se que o uso da narrativa é um poderoso instrumento, uma vez que fornece uma metáfora básica para compreender e atribuir um significado à experiência (GARTNER; CUNHA, 2000). Vale destacar o fato de que as narrativas são importantes para narrar o cotidiano e para a compreensão da vida comum das pessoas. Visto como lugar da constituição dos laços e da sociabilidade, o cotidiano é apresentado, em si, como uma maneira de experimentação do mundo. Enquanto isso para Turner (1981) a narrativa é uma atividade reflexiva em relação a eventos antecedentes (drama social), conhecimento que emerge da ação (ou por via da experiência), o que essas reformulações do significado do narrar sugerem é a possibilidade de repensarmos o “[...] conhecimento advindo da experiência”, ao qual Turner se refere como um produto da própria narrativa.

Nessa abordagem, atribuem-se à narrativa características como sequencialidade e dotação de sentido e suas funções de reconstituir e expressar a experiência, bem como de exprimir transformação e mudança, o que implica uma apreciação do papel do tempo e do contexto na produção das narrativas (GERMANO; VALENTIM, 2012). Para Bruner (2004) explorar a natureza da narrativa, desde que sejamos sensíveis ao contexto em que foi revelada, é explorar um modo de raciocínio. As suas distintas maneiras tem origem na cultura, e assim, a narrativa apresentar-se-ia como uma fonte de dados valiosa para o estudo da mente.

## Desvantagens

Discutiremos nesse tópico as desvantagens da técnica narrativa. Uma desvantagem é o fato de algumas histórias se referirem apenas à experiência de uma pessoa e aparecem apenas sob a modalidade de uma só narrativa como retrata Elbaz (1991).

Por fim, o entrevistador deve ser sensível ao fato de que a história que ele obterá é, até certo ponto, uma comunicação estratégica, isto é, uma narrativa com o propósito tanto de agradar ao entrevistador quanto de afirmar determinado ponto, dentro de um contexto político complexo que pode estar sendo discutido (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

## Referências

BAUER, M.W; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas – Magia e técnica, arte e política*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v 2, n 3, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em 10 de Janeiro de 2017.

BURKE, P. A história dos acontecimentos e o renascimento da narrativa. In: BURKE, P (org.) *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo (SP): Unesp, 1992.

BRUNER, J. S. *Atos de Significação*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1997.

BRUNER, J. *A cultura da educação*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

CAMPOS, R.T.O; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*, v 42, n 6, p. 1090-6, 2008.

CARVALHO, M.E. Relações entre família e escola e suas simplificações de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.110, p.143-146, jul. 2000.

CESAR, G. Notícias do Rio Grande: literatura. In: CARVALHAL, T (Org). Porto Alegre: IEL/Editora da Universidade, 1994. 226 p.

ELBAZ, F. Research on teachers' knowledge: The evolution of a discourse. *Journal of Curriculum Studies*, v 23, n 1, p.1-19, 1991.

GANCHO, C.V. *Como analisar narrativas*. São Paulo (SP): Ática, 2004.

GARTNER, A; CUNHA, J.L. DaF-Erwerb bei deutsch-brasilianischen Studierenden. In: *Actas X Congreso Latinoamericano de Estudios Germanísticos "Brückenschlag"*. Lengua y cultura alemanas: un puente entre dos continentes. Caracas, del 2 al 6 Octubre 2000. ALEG, Universidad Central de Venezuela: 2000.

GERMANO, I.M.P.; VALENTIM, F.J.R. Resenha fazendo pesquisa narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v 24, n 1, p 240-243, 2012.

GUTIERREZ, G.L.; ALMEIDA, M.A.B. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas). *Veritas*, v 58, n. 1, jan./abr. 2013, p. 151-173. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/profscs/Meus%20documentos/Downloads/8691-51547-3-PB.pdf. Acesso em: 10 de Janeiro de 2017.

HABERMAS, J. *Teoria do Agir Comunicativo: Racionalidade da ação e racionalidade social*. Tradução: Paulo Astor Soethe. São Paulo (SP): WMF Martins Fontes, 2012.

JOSSO, M. *Experiência de vida e formação*. São Paulo (SP): Cortez, 2004.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

PELLEGRINI, Tânia et al. *Narrativa verbal e narrativa visual: possíveis aproximações*. In: \_\_\_\_\_. *Literatura, cinema e televisão*. São Paulo (SP): Editora Senac/Instituto Itaú Cultural. 2003.

RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa*. Tradução: Constança Marcondes Cesar. Tomo I. Campinas (SP): Papirus, 1994.

SANTOS, R.C.A.N. *Fui ficando e engravidei: trajetória da primeira gestação na adolescência*. Tese. Doutorado em Saúde Coletiva. Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza. 2014, 430p.

SCHUTZE, F. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: How to analyse autobiographical narrative interviews-Part 1. Module B.2.1. INVITE-Biographical counseling in rehabilitative vocational training-further education curriculum, 2007a. Disponível em: <<http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/B2.1.pdf>> Acesso em: 08 de Janeiro de

2017.

SCHUTZE, F. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: How to analyse autobiographical narrative interviews-Part 2. Module B.2.2. INVITE-Biographical counseling in rehabilitative vocational training-further education curriculum, 2007b. Disponível em: <http://www.uni-magdeburg.de/zsm/projekt/biographical/1/B2.1.pdf>. Acesso em 08 de Janeiro de 2017.

THIRY-CHERQUES, H.R. Max Weber: o processo de racionalização e o desencantamento do trabalho nas organizações contemporâneas. *Revista de Administração Pública-RAP*, Rio de Janeiro, v 43, n 4, p 897-918, Jul./Ago. 2009.

TURNER, V. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W. (org.) *On narrative*. Chicago: Chicago University Press. 1981. pp. 137-164.





## CAPÍTULO 13

# DA TEORIA À PRÁTICA: A UTILIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL PARA O ENSINO E A PESQUISA

*Christina Cesar Praça Brasil / Raimunda Magalhães da Silva*

*Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro / Aline Veras Morais Brilhante*

### Introdução

O grupo focal (GF) constitui uma técnica de coleta dados que se baseia em interações grupais, ao se debater um assunto específico proposto pelo pesquisador (MORGAN, 1997). Esta interação possibilita a obtenção de informações de caráter qualitativo em profundidade, uma vez que é capaz de revelar as percepções dos participantes e funciona como um recurso que favorece o entendimento da elaboração das atitudes e representações dos envolvidos sobre o assunto em pauta (VEIGA; GONDIM, 2001).

Segundo Gomes e Barbosa (1999), Gondim (2002) e Trad (2009), o GF constitui um grupo para discussão, em que a informalidade, o tamanho reduzido da amostra, os pontos comuns entre os participantes, a rapidez na aplicação e o baixo custo são algumas de suas características.

Os grupos focais podem ser usados em vários contextos e voltados a diversos propósitos, dentre os quais: a confirmação de hipóteses, a avaliação de uma teoria e as aplicações práticas, ou seja, o uso dos achados em contextos particulares (FERN, 2001). Assim, a combinação desses propósitos origina três tipos de grupos focais, consoante aponta Gondim (2002): exploratórios, clínicos e vivenciais. Essas modalidades não são excludentes, uma vez que, em muitas ocasiões, não é possível ver claramente se a abordagem é clínica ou vivencial.

### Grupos focais e as suas possibilidades como técnica de coleta de dados

Os GFs têm sido amplamente utilizados em diferentes pesquisas e atendem a uma diversidade de finalidades, como: avaliar a implantação de programas e

estratégias de saúde; fundamentar tomadas de decisão; considerar a visão dos sujeitos, em seus respectivos contextos, que incidem sobre o fenômeno em foco; avaliar a satisfação dos usuários de algum serviço; analisar processos de interação dos profissionais e comunidade; colher informações para a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviço (RUEDIGER; RICCIO, 2004). Assim, podem ter função complementar à observação participante, às entrevistas individuais ou a outras técnicas de coleta de dados; no entanto, podem ser modalidade exclusiva.

Gondim (2002), ao referenciar outros autores, expressa as principais características de alguns tipos de grupos focais. Assim, grupos exploratórios têm ênfase no plano intersubjetivo, voltando-se, na proposta teórica, para a produção de conteúdos, a geração de hipóteses e o desenvolvimento de modelos e teorias. Seu alvo prático é a produção de ideias, a identificação das necessidades e expectativas, bem como a descoberta de outros usos para um produto específico. Este tipo de grupo permite identificar aspectos comuns de um grupo-alvo.

O Grupo Focal (GF) clínico dirige-se à compreensão das crenças, sentimentos e comportamentos, possibilitando a descoberta de projeções, identificações, vieses e resistência à persuasão. Na premissa clínica, acredita-se que muitos comportamentos/ações são desconhecidos pela própria pessoa, por isso são importantes o julgamento clínico e a observação do outro. Nessa perspectiva, conclui-se que a intra-subjetividade no grupo é o fator central desta modalidade (SOARES; CAMELO; RESCK, 2016).

Segundo Silva e Assis (2010), por meio do grupo focal, não se busca somente a informação individual, mas também se procura-se identificar as interações grupais e ampliar a escuta, o que favorece uma apreensão não somente sobre as representações acerca da experiência, como também uma compreensão de atitudes, preferências, sentimentos e dificuldades ou conflitos subjacentes a tal experiência.

A condução de um grupo focal, segundo Ruediger e Riccio (2004), deve ser semiflexível, inclusive no que tange à ordem das questões norteadoras, as quais devem ser elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa. Isso possibilita que os questionamentos sejam discutidos em profundidade ou, mesmo, adicionados no decorrer do processo analítico. Ressalta-se que, nesse contexto de grupo focal, o roteiro norteador também pode ser orientado pelas respostas, devendo funcionar como um guia e dar margem à realização de novas perguntas, as quais podem ser inseridas na discussão pelo mediador, caso sinta necessidade.

Nos grupos focais vivenciais, por sua vez, o foco da investigação concentra-se nos processos internos ao grupo, possibilitando as análises inter e intragrupal. Esta possibilita o entendimento da linguagem do grupo, nas suas modalida-

des de comunicação, preferências compartilhadas e na influência de estratégias, programas, propagandas e produtos nas pessoas (CORIOLANO; LIMA, 2010).

Trad (2009) e Soares, Camelo e Resck (2016) acentuam que o estabelecimento do propósito da sessão é de fundamental importância para o planejamento de um GF. Além disso, outros fatores devem ser considerados para o alcance dos objetivos almejados, tais como: recursos humanos (facilitador e moderadores) e materiais; preparação do ambiente; número de participantes e de encontros a serem realizados; roteiro de questões norteadoras; perfil dos participantes; processo de seleção e tempo de duração.

### **A aplicação do grupo focal em sala de aula: relato de experiência**

A experiência, objeto deste capítulo, foi realizada na disciplina Técnica de Coleta e Organização de Dados Qualitativos, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, nos semestres 2015.2 e 2016.2, nas aulas referentes ao ensino da técnica de grupos focais para a coleta de dados em pesquisas qualitativas, as quais aconteceram, respectivamente, nos dias 21 de outubro de 2015 e 24 de agosto de 2016.

Faz-se um relato da experiência, ressaltando que a aplicação da técnica de grupos focais favoreceu a vivência dos alunos, partindo-se da prática ao aprendizado teórico. Assim, os alunos tiveram a oportunidade de serem participantes de um grupo focal e os dados coletados serviram para mostrar que a metodologia adotada deve ser compartilhada com a comunidade científica para facilitar a dinamização das aulas e a aprendizagem significativa e contextualizada.

#### **O percurso metodológico**

##### **O ponto de partida**

As professoras da disciplina Técnica de Coleta e Organização de Dados Qualitativos, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR aplicaram um grupo focal com o objetivo de avaliar o Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, sendo esta uma atividade real para facilitar o aprendizado da técnica.

A literatura defende o ponto de vista que a realização de grupos focais requer planejamento e este deve ser o primeiro passo a ser dado pelos pesquisadores. Inicialmente, define-se o objetivo da sessão, em seguida, realizam-se os contatos para convidar os participantes e, após a confirmação destes, se organiza o ambiente onde será aplicado.

Na experiência ora relatada, os participantes foram definidos preliminarmente, pois todos eram alunos da disciplina em questão, tendo sido contabilizados 12 alunos, na aula de 21 de outubro de 2015, a qual será denominada “primeira turma”, e oito alunos, em 24 de agosto de 2016, a qual se denominará “segunda turma”. Há várias correntes que apontam o quantitativo de participantes de um GF, porém é consenso a ideia de que o número de participantes não deve ultrapassar 15 pessoas. Assim, adotou-se a proposta de Gomes e Barbosa (1999), que delimita este quantitativo de sete a 12 participantes.

Em cada uma das turmas, uma semana antes da aula em que seria abordada a técnica de grupo focal, foi utilizada a metodologia WebQuest, por meio da qual foram enviados para os alunos textos visando à fundamentação preliminar sobre o assunto. Os alunos receberam os textos por e-mail com algumas instruções, como mostra o exemplo:

“A aula do dia 28 de outubro de 2015, da disciplina Técnicas de Coleta e Organização de Dados Qualitativos, do Doutorado em Saúde Coletiva, abordará a técnica de Grupos Focais”. Para fundamentar nossas atividades, a turma foi dividida em três equipes para a realização do trabalho que segue abaixo.

A primeira etapa do trabalho não requer reunião da equipe. Cada participante fará a leitura do texto indicado e deverá escolher, no mínimo, cinco questões para refletir e responder. A segunda etapa acontecerá no dia da aula, quando, em sala de aula, os membros de cada grupo terão um tempo destinado à discussão e síntese das suas respostas.

Para isso, utilizaremos a metodologia WebQuest, a qual será brevemente explicada abaixo.

De acordo com Abar e Barbosa (2008), a Webquest é uma atividade didática estruturada de modo que os alunos se envolvam no desenvolvimento de uma tarefa de investigação usando principalmente recursos da internet. Esta foi proposta por Bernie Dodge, professor da San Diego State University em 1995.

Abar e Barbosa (2008), Pereira (2009) e outros autores explicam que o Webquest é uma tecnologia ou estratégia de ensino apoiada em teorias psicopedagógicas, podendo ser caracterizada como técnica de aprendizagem construtivista, que pode ser utilizada em um ambiente construcionista (ABAR; BARBOSA, 2008). Nesse sentido, o aluno passa a formular o seu conhecimento por meio da manipulação do computador com a utilização do ambiente virtual de aprendizagem - AVA Webquest (PERES; CUARELI, 2015).

Dodge preparou uma tarefa para alunos de um curso de capacitação de professores onde eles deveriam adquirir informações a respeito de um software

educacional. A atividade foi estruturada de maneira que estes alunos tivessem acesso a sites da internet previamente designados pelo professor, por meio do que o aluno poderia constituir o próprio conhecimento, com suporte na manipulação do computador utilizando o ambiente virtual de aprendizagem - AVA Webquest.

No caso da atividade sobre grupos focais, o artigo foi selecionado em uma base de dados científica e já seguia anexo ao e-mail enviado aos alunos, no qual estavam também apontadas algumas indagações a serem respondidas, como pode ser verificado, por exemplo, na atividade proposta para o Grupo 1:

“ARTIGO GRUPO 1: Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde

Baseados no formato do WebQuest e no artigo citado acima, responda, no mínimo, cinco das questões abaixo referentes a temática Grupo Focal. As questões devem ser respondidas por você e sintetizadas no dia da aula com seus parceiros de grupo que estão copiados neste e-mail. Caso sintam necessidade, discussões grupais preliminares não são contraindicadas.

1. O que é Grupo Focal (GF)? Elabore uma definição de GF com base nas definições dos autores citados no artigo.
2. A partir de 1940, para quê tem sido utilizada a técnica de GF nas pesquisas sociais?
3. O que justifica a atual popularidade da técnica de GF na Saúde Pública/ Saúde Coletiva?
4. Liste as vantagens da utilização dos GF nas pesquisas avaliativas de forma isolada ou associada a outras técnicas.
5. Qual a principal diferença entre GF e entrevista individual?
6. Quais aspectos devem ser levados em consideração para a formação de um GF?
7. Apresente os propósitos específicos para a utilização dos GF nas pesquisas explorativas ou avaliativas.
8. Qual é o passo mais importante ao se planejar um GF? Liste outros quatro elementos que favorecem o pleno desenvolvimento de um GF.
9. Quais são as principais atribuições do moderador de um GF?

Caso sinta necessidade, aponte outras, além das explicitadas no artigo lido.

10. Identifique duas características-chave para cada um dos elementos importantes para o desenvolvimento de um GF:

- Espaço
- Equipamentos
- Participantes (quantidade e perfil)
- Duração
- Seleção

OBS: O GRUPO 1 é composto pelos seguintes membros: Nomes dos participantes...”

Para a atividade com a utilização do WebQuest, a primeira turma foi dividida em três grupos de quatro participantes cada um. Já a segunda turma, reuniu dois grupos de quatro alunos. Cada um dos grupos recebeu por e-mail, além dos textos principais, mostrados no Quadro 1, outras sugestões de artigos e sites para a complementação da leitura.

**Quadro 1:** Distribuição dos textos pelos grupos nas duas turmas

ARTIGO	GRUPO	TURMA
Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde  (TRAD, 2009)	GRUPO 1	Primeira e Segunda
Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos  (GONDIM, 2002)	GRUPO 2	Primeira e Segunda
A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos  (GOMES; BARBOSA, 1999)	GRUPO 3	Primeira (Obs: Os dois grupos da segunda turma receberam este texto para complementação de leitura.)

Esse momento respaldou as turmas com o conhecimento teórico sobre a técnica de grupo focal, o que facilitou a vivência da técnica e a compreensão de todo o ambiente preparado e as estratégias adotadas para conduzir as discussões.

No dia da aula, a sala onde se realizaram os grupos focais foi preparada com uma mesa retangular com cadeiras ao seu redor, de modo que todos (participantes e facilitadoras) ficassem se olhando. Além disso, os seguintes equipamentos foram instalados: gravador SONY digital *Double*; câmera filmadora marca Panasonic-P2/ modelo AG-HPX250; um microfone boom marca Fennheiser/ modelo MKE600 e um microfone sem fio marca Fennheiser – EW 100 ENG G3. Todos os participantes receberam bloco de papel e caneta para eventuais anotações. Esses recursos foram utilizados com o conhecimento de todos com a finalidade de ilustrar fidedignamente a técnica e facilitar a transcrição das falas.

Além dos equipamentos, foi disponibilizado um lanche que ficou durante toda a sessão à disposição dos participantes, evitando que eles precisassem se ausentar do recinto. Tudo foi preparado para a garantia do bem-estar de todos e o bom rendimento das discussões do grupo.

Para a condução do grupo, foi elaborado o roteiro com questões norteadoras, o qual é mostrado no quadro 2.

**Quadro 2:** Roteiro para aula sobre grupo focal - doutorado em saúde coletiva

**ROTEIRO GRUPO FOCAL SOBRE A AVALIAÇÃO DO DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

1. Porque você escolheu fazer o Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza?
2. Como está sendo esta experiência para você?
3. Quais as potencialidades que você identifica no programa?
4. Quais as fragilidades que você identifica no programa?
5. Qual a sua opinião sobre o corpo docente e as metodologias de ensino?
6. Qual a sua opinião sobre a proposta curricular do Doutorado (disciplinas, carga horária, turno de oferta das disciplinas, etc)?
7. Você indica o Doutorado em Saúde Coletiva da UNIFOR para outras pessoas?
8. Quais as suas expectativas com a conclusão desse curso?
9. Você teria sugestões de melhoria para o programa?

O roteiro de questões foi definido com base no objetivo estabelecido para a sessão, tendo sido adotado pelas facilitadoras para permitir um debate participativo e promover questões de aprofundamento relacionadas às opiniões dos alunos relacionados ao Doutorado em Saúde Coletiva da UNIFOR (MINAYO, 2014).

Vale ressaltar que, durante a aplicação de um GF, os facilitadores podem adequar a sequência das questões e até modificar a maneira de mostrar o tópico, uma vez que o contexto da discussão é um elemento a mais para que os facilitadores possam potencializar o debate e fazer com que todos se expressem com a maior profundidade possível (GASKELL, 2008).

### A aplicação da técnica

Cada uma das aulas destinadas a abordagem da técnica de grupos focais iniciou com a acolhida dos participantes pela facilitadora e moderadora na sala de aula. Os participantes foram informados de que o lanche estava disponível para eles do início ao fim da sessão e que poderiam ficar à vontade para se levantarem e se servirem livremente.

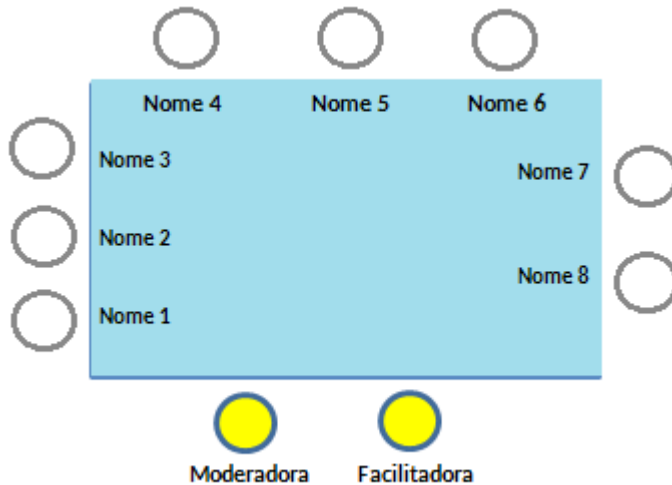
Em seguida, após a chegada de todos os alunos, eles foram convidados a sentarem ao redor da mesa. Feito isso, a facilitadora apresentou o objetivo da aula e do grupo focal a ser realizado naquele dia, informando o seu nome e formação, além das suas experiências na realização de grupos focais. Na sequência, a moderadora também se apresentou.

A facilitadora explicou, ainda, sobre a necessidade da presença das câmeras e do gravador na sala e o resguardo das imagens e falas que sairiam daquele GF, no intuito de tranquilizar os participantes de que a finalidade era estritamente científica e que todos os preceitos éticos previstos na Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde seriam rigorosamente seguidos. Nessa ocasião, os alunos foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), demonstrando a sua concordância em participar do GF.

Em seguida, a facilitadora solicitou a cada um dos alunos para dizer o seu nome, a formação e o interesse pela disciplina Técnica de Coleta e Organização de Dados Qualitativos, tendo sido esses dados registrados em um bloco de notas, seguindo a ordem de apresentação para facilitar a identificação nominal dos participantes durante o debate, conforme exemplifica a figura 1.



**Figura 1** - Organização da mesa e registro dos nomes em papel para facilitar a identificação dos participantes pela facilitadora e moderadora.



Fonte: Própria.

Nesse processo, os papéis da facilitadora e da moderadora são bastante estratégicos nos grupos focais, pois uma discussão profunda, coesa e organizada viabiliza a ampla participação de todos e uma boa coleta de dados (BAUER; GASKELL, 2008). Assim, uma das professoras atuou como facilitadora, à qual coube o papel de apresentar os objetivos do GF e coordenar a discussão, por meio das questões norteadoras, sendo capaz de conseguir o envolvimento e o ponto de vista de todos e de cada um, interferindo minimamente nas discussões e mediando as opiniões. A outra professora participou como moderadora, auxiliando a facilitadora na condução do GF, tomando notas sobre aspectos relevantes a serem considerados nas análises dos dados e intervindo na discussão quando necessário.

À medida que as questões norteadoras eram apresentadas, observava-se uma maior adesão dos participantes ao debate, mostrando que eles ficavam mais à vontade em emitirem suas opiniões ao ouvirem os seus pares. Isso pode ser validado de acordo com o pensamento de Krueger e Casey (2000), que dizem ser o principal valor dos grupos focais a fundamentação na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outras pessoas. Outros autores (TRAD, 2009; SMEHA, 2009) reforçam essa ideia ao apontarem que as opiniões do grupo são as mais importantes e não somente as opiniões individuais.

Cada um dos grupos focais utilizados nesta experiência como “técnica para ensinar a técnica” teve duração média de duas horas.

Finalizados os debates, a facilitadora e a moderadora agradeceram a participação de todos e encerraram a sessão, tendo reforçado para os alunos a informação de que os dados coletados sobre a avaliação do Doutorado em Saúde Coletiva seriam transcritos, analisados e disponibilizados à Coordenação do curso para a melhoria contínua do programa, o que já estava expresso no TCLE.

### A teorização da técnica

Ao finalizar o grupo focal, os alunos permaneceram ao redor da mesa e iniciou-se aula teórico-participativa sobre a técnica vivenciada. Nessa ocasião, os participantes emitiram opiniões sobre a experiência. Em seguida, foram convidados a se reunirem com os seus respectivos grupos do WebQuest para o debate presencial das questões que foram respondidas individualmente antes da aula. Essa atividade teve duração média de 40 minutos.

Após o aprofundamento das questões dos textos, um representante de cada grupo do WebQuest apresentou à turma as respostas às questões e algumas dúvidas e observações que emergiram das leituras. Importante é ressaltar que os alunos referiram que muitas dessas dúvidas foram naturalmente esclarecidas com a vivência da técnica de GF.

Para finalizar a aula, uma das professoras apresentou, nos últimos 30 minutos, slides sobre a técnica de grupos focais, facilitando a teorização e incentivando a sua utilização na coleta de dados em pesquisas qualitativas. Os slides traziam os seguintes tópicos: definição; histórico da técnica; objetivos; quando utilizar; planejamento e organização; elaboração do roteiro de questões norteadoras; modalidades; facilitador, moderador, participantes e seus papéis; detalhes operacionais; análise dos dados; exemplos de roteiros e de materiais de análise.

Ao final da disciplina, as duas turmas fizeram avaliações sobre a disciplina em pauta, por meio de um roteiro com três questões.

1 A metodologia utilizada na aula sobre GF contribuiu para que você conhecesse a técnica? Justifique.

2 Após aquela aula, você realizou ou está planejando realizar alguma coleta de dados com a técnica de GF? Em que a aula o(a) inspirou? Quantas vezes você aplicou a técnica? Em que tipos de pesquisa?

3 Escreva breve avaliação sobre a estratégia da aula utilizada para apresentar a técnica de GF, apontando o que você mais gostou, o que menos gostou e as suas sugestões.

Os dados obtidos foram transcritos, lidos em profundidade e analisados com base na Análise de Conteúdo na modalidade temática (MINAYO; DESLAN-

DES; GOMES, 2013) e estão apresentados, com base nas seguintes categorias: 1) contribuições da metodologia adotada para o aprendizado sobre GF; 2) utilização da técnica de GF pelos alunos após a aula; e 3) avaliação dos alunos sobre a metodologia da aula e sugestões.

Para resguardar a identidade dos participantes na apresentação das falas, foi adotada a letra “A” para representar “aluno”, seguida dos números de 1 a 20. Assim, A1 significa aluno número e assim sucessivamente.

## Resultados e discussão

A avaliação da disciplina, especificamente relacionada à aula sobre GF, foi realizada por dez alunos, sendo quatro da primeira turma e seis da segunda, tendo apontado resultados positivos.

Na primeira categoria, eles relataram sobre as contribuições da metodologia utilizada na aula sobre GF para o conhecimento da técnica, tendo sido destacados aspectos que apontam que a vivência facilitou o conhecimento da técnica de GF, a prática ampliou o conhecimento da técnica de GF e trouxe novas percepções, como mostram os relatos a seguir:

[A metodologia] contribuiu para que eu ampliasse meu conhecimento sobre a técnica, pois eu já havia utilizado GF em outras pesquisas. Ressalto que o diferencial desta metodologia foi a oportunidade de revermos o passo-a-passo da técnica na prática. Foi possível também perceber como as emoções são expressas em cada um, e como alguns assuntos lançados interferem na atitude de cada sujeito, já que naquele momento éramos os participantes da pesquisa e não os pesquisadores. (A3).

A utilização de metodologia participativa propiciou a vivência, algo que facilitou o conhecimento da técnica muito além do que apenas a explicação por meio de conferências e leituras. (A5).

[...] conhecer a técnica como participante facilitou o entendimento, a comparação com a leitura teórica prévia, a vivência e o sentimento de quem é sujeito da técnica, bem como a postura e conduta do facilitador. (A9).

A utilização do grupo focal em sala de aula para ilustrar e ensinar a realidade da aplicação do método constituiu uma estratégia de metodologia ativa de ensino, o que, na atualidade, bastante utilizado no Ensino Superior. Estudos mostram (MARIN et al., 2010; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014), in-

clusive nos níveis de pós-graduação, avaliações positivas dos alunos relacionadas a cursos e aulas que aplicam esse tipo de metodologia, sendo frequentes as referências ao nível de significância conferido ao conteúdo, ao aprofundamento teórico que propicia, a melhor contextualização do processo, bem como a maior facilidade de aprender e aplicar o tema que é apresentado.

É válido ressaltar o fato de que o contato vivencial do aluno com a realidade e com o cenário que a contextualiza favorece “a inserção crítica” no tema em foco, conferindo significado ao processo de ensino-aprendizagem. Berbel (1998) aponta que o eixo central de orientação desse processo enfoca a ação-reflexão-ação transformadora.

Ao serem questionados sobre a utilização da técnica de grupos focais em outras ocasiões que sucederam a aula realizada na disciplina sob relatório ou sobre a intenção em utilizá-la em suas pesquisas, dois alunos apontaram que aplicaram a técnica de GF em sua tese e/ou outra pesquisa, como ilustra o seguinte relato: *“Realizei a técnica na coleta de dados da minha pesquisa do doutorado com um grupo de homens, no interior do Estado. Já participei de outras aplicações de GF nos grupos de pesquisas de uma outra professora”* (A1).

Um dos participantes (A7) é gestor universitário e em seu relato mostra que chegou a utilizar a técnica de GF em outro contexto, que não a pesquisa científica: *“Sim, em encontros com alunos, em projeto de avaliação curricular”*. (A7)

A literatura mostra que a técnica de grupos focais pode ser aplicada com diversas finalidades, sejam elas científicas ou não. O fato de alunos terem mencionado a utilização da técnica mostra que o aprendizado foi significativo para eles, dando-lhes oportunidades de vivenciar a experiência fora da sala de aula, aplicando-a à realidade e atendendo as suas necessidades acadêmicas e/ou profissionais.

A incorporação de conhecimentos de maneira significativa, segundo Ausubel, Novak e Hanesian (1980), realiza-se com base no que o aprendiz já sabe. Daí, a importância de o professor, ao utilizar metodologias ativas de ensino, explorar as vivências preliminares dos alunos, bem como incentivar a busca de materiais que fomentem a teorização (BERBEL, 1998). Espera-se, então, que o conteúdo seja devidamente aplicado à realidade, mostrando a sua apropriação pelo aluno de modo significativo.

Santos (2008) aponta que os conteúdos não apreendidos de maneira significativa ficam obsoletos, sendo rapidamente esquecidos. Assim, reforça a importância do professor para a motivação e o envolvimento dos alunos nas aulas, lançando mão de atividades que gerem interesse, se alinhem à realidade vivenciada por eles e que, de preferência, estejam contextualizadas à disciplina ministrada.

Nessa direção, os relatos de A1 e A7 mostram que a utilização da técnica de GF para ensinar a própria técnica revelou-se significativa para os participantes, uma vez que este conteúdo requer muito mais do que a elaboração de conhecimentos, pois é necessário o desenvolvimento de atitudes e habilidades para a condução de um GF, o que foi favorecido pela estratégia adotada em sala de aula. Isso ainda é reforçado pelas falas de outros oito alunos que relataram não terem realizado GF após a aula em questão, mas alguns consideram ser esta uma possível alternativa para suas pesquisas:

Não realizei e não planejo a realização de coleta [de dados da tese] por grupo focal, mas apreciei a ideia. Acredito que tenho mais uma possibilidade para poder utilizar em alguma outra oportunidade (A2).

Provavelmente será aplicada [a técnica de GF] em um trabalho de conclusão de curso (TCC) de uma aluna minha, pois a aula possibilitou maior segurança para a tomada de decisão para a utilização da técnica (A9).

Estudo realizado por Albuquerque et al. (2010, p. 192) apresentou “[...] uma discussão sobre as possibilidades de utilização de narrativas ou relatos da prática como estratégia de construção do conhecimento na formação de profissionais de saúde”. A experiência aplicada no módulo tutorial do Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFESO mostrou que vivenciar a prática, durante a formação do aluno, é bem relevante para que a aprendizagem seja consistente, visto que favorece as conexões entre a teoria e a prática, além de dar suporte à constituição da competência para a ação. Com efeito, a prática e as vivências articulam-se e facilitam as reflexões respaldadas pelas teorias, o que possibilita a captação de significados e a reformulação destes, com suporte nas mudanças de cenários.

Os participantes A2 e A9 evidenciam que, apesar de não terem ainda utilizado a técnica de GF, reconhecem, nessa vivência oferecida pela disciplina, novas oportunidades para o desenvolvimento de trabalhos. Este fato converge com o estudo mencionado no parágrafo anterior, visto que, ao vivenciar, teorizar e refletir sobre a técnica de GF, os alunos se sentiram mais apropriados e confiantes em utilizá-la.

Na avaliação dos alunos sobre a metodologia adotada na aula sobre grupos focais, os pontos fortes configuram em destaque, tendo sido referenciados os seguintes aspectos: a possibilidade de aprender fazendo; a associação direta entre teoria e prática; a observação da posição da facilitadora e da moderadora; a verificação, *in loco*, da preparação do ambiente e dos materiais necessários para

a realização do GF; a organização e o planejamento da atividade, além da observação da participação dos colegas.

Minha avaliação se dá de forma positiva, pois... aliar a teoria com a prática é sempre muito mais proveitoso para o aluno. A conduta da pessoa que liderou e orientou [conduziu] o GF também foi bem esclarecedora e eu, como co-participante desse trabalho ou como “a pessoa a ser entrevistada”, me senti bem à vontade para questionar e para me colocar diante das questões emanadas durante o GF (A2).

A metodologia utilizada em sala de aula proporcionou a interação direta com a técnica, deixando-a mais dinâmica. Destaco como ponto positivo o cuidado da docente em preparar a estrutura para a aula, a abordagem e o assunto escolhido (A3).

Considero minha avaliação como extremamente positiva, especialmente para os alunos que apenas ouviram ou leram sobre grupo focal. Gostei da preparação do ambiente, estrutura, lanche, organização, postura da professora e participação dos colegas (A5).

As percepções dos doutorandos mostram que estes, ao participarem de um GF, identificaram os elementos estratégicos para a sua realização, o que dinamizou o processo de ensino e o contextualizou a realidade.

As questões relativas à preparação do ambiente foram evidenciadas, o que mostra a relevância desse aspecto para a garantia do conforto e do bem-estar dos participantes. Outrossim, A2 ainda mencionou a relevância de ter “se sentido” na posição de quem é entrevistado, o que dificilmente seria mencionado se a metodologia da aula tivesse sido expositiva.

Ressaltamos que o objetivo principal desta técnica é estimular os participantes a discutirem sobre um assunto de interesse comum, apresentando-se como um debate aberto sobre o tema. No entendimento de autores Ruediger e Riccio (2004), a discussão deve ser informal e com a participação de todos.

Como ensina Minayo (2014), o grupo focal é uma técnica importante por tratar as questões em foco sob o ângulo do social, estudando as representações e as relações dos diferentes grupos. A autora ressalta a importância dessa técnica, pois a constituída de um tipo de tipo de entrevista em pequenos grupos que têm certa homogeneidade e que, para obterem os resultados esperados, precisam de um bom planejamento, uma vez que buscam a obtenção de informações, por meio da interação aprofundada dos participantes, podendo haver consenso ou divergências.

Quanto aos pontos negativos, emergiram as questões ao constrangimento trazido pela presença dos recursos audiovisuais na sala:

Como eu não conhecia a técnica, ao entrar na sala, no dia dessa aula, me senti meio introspectiva quando percebi o número de câmeras que estavam organizando para captar todas as imagens e todos os mínimos detalhes durante o GF, mas após dar início e sabendo que poderia contribuir, acabei esquecendo desse detalhe e me sentindo mais à vontade durante todo o processo de coleta (A2).

Soares, Camelo e Resck (2016) ao descreverem uma experiência com grupo focal para a coleta de dados em pesquisa qualitativa, ponderam que, diante das características dos participantes, utilizaram apenas gravadores de voz, pois acreditaram que a filmagem em vídeo poderia causar constrangimentos que impactassem negativamente na condução do grupo. Esse é um aspecto relevante a ser considerado pelos pesquisadores. Por isso, conhecer o perfil do público-alvo de um GF é essencial para que toda a preparação aconteça de melhor maneira, afim de o debate ser profundo e proveitoso.

É válido lembrar, entretanto, que o uso de recursos audiovisuais durante a realização de um GF facilita o processo de captura, organização e análise dos dados (falas, posturas, expressões faciais e corporais), razão por que deve ser pactuada a sua instalação no ambiente com os participantes, deixando claro para eles que as imagens e sons serão utilizados especificamente para os fins relacionados ao estudo em pauta.

Algumas sugestões emitidas podem ser levadas em consideração para o aprimoramento da metodologia, quais sejam: “*Gostaria de repetir a técnica, em outro momento*” (A1) e “*O que poderia ser melhorado seria o tempo, pois acredito que termos pelo menos duas aulas de GF ajudaria e muito para um maior aprofundamento*” (A10).

O fator tempo nos estudos relacionados ao ensino é sempre recorrente, pois, na visão da maioria dos aprendizes, este nunca é suficiente para esgotar um determinado assunto. Nessa realidade e ante as impostas pelas propostas curriculares, as metodologias ativas de ensino auxiliam a minimizar este problema, uma vez que a corresponsabilização do aluno pelo processo de ensino-aprendizagem estimula a busca pelo conhecimento e por novas experiências (MITRE et al., 2008).

Outro ponto que merece destaque é a necessidade que alguns alunos apontaram de realizarem, em outro momento, após o GF, uma atividade de análise

dos dados coletados, como pode ser verificado no seguinte relato: “*Deixo como sugestão que esta aula seja feita em dois momentos, mantendo a abordagem realizada e um segundo mostrando as imagens para que seja possível analisar as expressões corporais, etc.*” (A3).

Não se pode esquecer de que a análise dos dados de um GF requer habilidade e treino. Por isso, a sugestão apontada por A3 é bastante pertinente, pois amplia a dinâmica, expandindo a prática da análise de dados qualitativos. A literatura reporta que a análise desse tipo de dado requer a leitura do dito e do não dito. Para isso, existe uma diversidade de técnicas, as quais devem ser escolhidas pelos pesquisadores dentro das especificidades da pesquisa.

Minayo (2012) aponta que o processo de análise de dados qualitativos deve estar contextualizado dentro do escopo da investigação. Assim, deve-se levar em consideração o objetivo, o referencial teórico-metodológico, além dos indicadores recolhidos, os quais serão organizados e alinhados com a literatura. Essa conduta requer do pesquisador treinamento para que o rigor requerido pela pesquisa qualitativa não seja distorcido.

Por fim, restou observado o fato de que o elevado nível de satisfação com a metodologia adotada fez emergir sugestões que remetem ao treinamento de outros professores para que possam utilizar a estratégia em suas aulas, tornando-as mais dinâmicas e motivadoras: “*Como sugestão, sugiro que seja realizado com professores do programa. Estratégia que deve servir como exemplo para outras disciplinas*” (A8).

A literatura (MARIN et al., 2010; MITRE et al., 2008; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014) é vasta quando o assunto converge sobre as metodologias ativas de ensino, incentivando a que a formação docente propicie momentos de troca de experiências para que os professores, independentemente do nível de ensino em que lecionam, possam replicar práticas bem-sucedidas e que motivem os alunos a desenvolverem o conhecimento, atitudes e habilidades que favoreçam o processo de ensino-aprendizagem.

A fala de A8, sugerindo que outros docentes do referido programa de pós-graduação adotem estratégias de ensino similares, mostra o influxo positivo destas no ensino e o modelo que deve ser replicado para ampliar o nível de motivação e dinamismo nas aulas, o que favorece a maior significância do ensino.

Consideramos que a experiência ora relatada mostra que a utilização de um grupo focal associado ao Webquest para o ensino da técnica de GF para a coleta de dados em pesquisa qualitativa foi bastante pertinente para a dinâmica da disciplina em questão e o aprendizado dos alunos, tendo despertado o interesse e a motivação dos participantes.



Outro dado relevante diz respeito à diversificação das estratégias de ensino na pós-graduação, o que possibilitou a aproximação dos alunos à realidade e os fez desenvolver o aprendizado global, extrapolando a cognição e ampliando a visão para o fazer.

## Referências

- ABAR, C. A. A. P.; BARBOSA, L. M. *Webquest um desafio para o professor: Uma solução inteligente para o uso da internet*. São Paulo (SP): Avercamp, 2008.
- ALBUQUERQUE, V. S.; MOREIRA, C. O. F.; TANJI, S.; MARTINS, A. V. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. especial 2, pp. 191-206, 2010. Editora UFPR.
- AUSUBEL, D.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. *Psicologia educacional*. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana, 1980.
- BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução: P. A. Guareschi. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.
- BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes cominhos? *Interface (Botucatu)*, v.2, n.2, p. 139-54, 1998.
- CORIOLOANO, M.W.L; LIMA, L.S. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v 18, n 1, p 92-96, 2010.
- DODGE, Bernie. WebQuests: A Technique for Internet – Based Learning”. *The Distance Educator*, v.1, n.2, 1995.
- FERN, E. F. *Advanced focus group research*. California (CA): Thousand Oaks, 2001.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução: P. A. Guareschi. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 64-89.
- GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Belo Horizonte (MG): Educativa, 1999. Disponível em: <<http://www.dppg.cefetmg.br/mtp/TecnicadeGruposFocaisdoc>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, v. 12, n. 24, 2002. p. 149-161.

KRUEGER, R.A.; CASEY, M.A. *Focus groups. A practical guide for applied research*. California: Thousands Oaks, 2000.

MARIN, Maria José Sanches. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)*, v. 14, n. 33, p. 331-344, 2010.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 17, n 3, p. 621-626, 2012.

MITRE, S. M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORGAN, D. *Focus group as qualitative research*. London: Sage Publications, 1997.

PEREIRA, M.C.A. *Proposta didático-pedagógica para a disciplina Administração dos Serviços de Enfermagem Hospitalar: desenvolvimento e implementação da metodologia WebQuest*. 2009. 143p. Tese. Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2009.

PERES, R.; CUARELI, A. A tecnologia no contexto escolar: Webquest – uma ferramenta proposta por Bernie Dodge. In: *IX Colóquio de Estudos Literários - Diálogos e Perspectivas*, Anais..., Londrina (PR), 15 e 16 de setembro de 2015, p. 492-499

RUEDIGER, M. A.; RICCIO, V. *Grupo focal: método e análise simbólica da organização*. Rio de Janeiro (RJ): FGV, 2004.

SANTOS, J.C.F. *Aprendizagem Significativa: modalidades de aprendizagem e o papel do professor*. Porto Alegre (RS): Mediação, 2008.

SILVA, J.R.S.; ASSIS, S.M.B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.10, n.1, p146-152, 2010.

SMEHA, L. N. Aspectos epistemológicos subjacentes a escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.1, n.2, 2009. p. 260-268.

SOARES, M,I.; CAMELO, S.H.H.; RESCK, Z.M.R. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. *REME - Rev Min Enferm*, v 20, e942, 2016; Disponível em: <10.5935/1415-2762.20160012> Acesso em:

SOUZA, C.S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras de ensino. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v 47, n 3, p 284-292. 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>> Acesso em:

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2001.



## CAPÍTULO 14

# HISTÓRIA ORAL NA PESQUISA QUALITATIVA

*July Grassiely de Oliveira Branco / Geysa Maria Nogueira Farias*

*Aline Veras Morais Brilhante / Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

*Kerma Márcia de Freitas / Escolástica Rejane Ferreira Moura*

### Introdução

A oralidade medeia o diálogo que, por sua vez, é uma força para se estabelecer e fortalecer interações. Esta se mostra no decorrer da história como aproximação de visões de mundo entre as pessoas, possibilitando compreender as divergências, singularidades e questões que possam sustentar paradigmas universais.

Como técnica de coleta de dados e informações em pesquisa é um meio singular à produção do conhecimento compreensivo, eixo fundante do diferencial das pesquisas sociais. A oralidade entre os sujeitos percebida no diálogo “conta e reconta histórias de vida”.

Reiterando as percepções mencionadas, as pesquisas que priorizam retratar as subjetividades humanas estabelecem procedimentos diferenciados que aproximem pesquisador e sujeito pesquisado (SPINDOLA; SANTOS, 2003). Neste sentido, destacamos a história oral como um método que possibilita ao sujeito reviver um momento da vida, permitindo uma ligação entre a realidade atual e a história da época, mediante a reconstrução dos fatos (CARNEIRO, 2012).

Os fatos internalizados em experiências vivenciadas possibilitam a compreensão das ações humanas no que se refere ao pensamento, sentido e desejo. Com isso, a pessoa ocupa a posição central dessas experiências, sendo a compreensão a maneira de revivenciá-las (DILTHEY, 1989).

É por meio do contato com outros seres humanos que se vivencia a experiência. Com efeito, a história acontece por meio das interações vividas continuamente com algo ou alguém (SCOCUGLIA, 2002). Destarte, ressalta-

se que “(...) toda experiência humana e atividades são atravessadas por escolhas, preferências, valores, julgamentos”. Acredita-se que, associadas à oralidade, as interações da experiência dão configuração pelo estabelecimento e reestabelecimento dos fatos vividos por meio da história oral (SCOCUGLIA, 2002, p. 260).

Compondo um escopo metodológico, a história oral demanda reaver experiências vivenciadas e internalizadas em pessoas que concordam em compartilhar sua memória com a coletividade e proporcionando uma aproximação do vivido mais real, dinâmico e envolto de singularidades que, de outra maneira, não seriam conhecidos. A história oral pode ser entendida como um método de pesquisa que busca, mediante narrativas, reconstituir situações na perspectiva de quem as vivenciou (ALBERTI, 1990).

Mencionando a historicidade, o século XVII marcou a consolidação da escrita como fonte de conhecimento, em oposição à tradição oral. A reinserção da história oral aconteceu ao longo do século XX, quando sociólogos, antropólogos e historiadores passaram a utilizá-la para descrever culturas americanas nativas (QUEIROZ, 1988). A invenção do gravador, nos anos de 1950, nos Estados Unidos, contribuiu significativamente para a utilização da história oral no meio acadêmico e para sua evolução com o surgimento da Escola de Chicago (MATOS; SENNA, 2011).

No Brasil, o uso desta técnica iniciou-se em 1940, contudo obteve baixa adesão por parte dos pesquisadores, que priorizaram os dados coletados de modo objetivo e quantitativo. O surgimento do método quantitativo e os aprofundamentos dos testes estatísticos de 1940 ofuscaram a história oral, visto que alguns pesquisadores julgaram que o método poderia apontar vieses por estar intimamente ligado ao emocional e psique do sujeito. O reconhecimento do valor deste método, no entanto, bem como o interesse dos pesquisadores pela sua aplicação nas ciências sociais ressurgiu apenas nos anos de 1980 (CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010).

A história oral deve ser utilizada pelo pesquisador para reconstituir fatos do passado mais remoto, utilizando-se de depoimentos de pessoas que deles participaram ou os testemunharam (ALBERTI, 1990). Pode ser conceituada como:

Um procedimento estabelecido para a construção de novas fontes para a investigação histórica, baseada em testemunhos orais coletados sistematicamente através de entrevistas, a partir de métodos, problemas e parâmetros teóricos concretos. Assim, a análise posterior deste tipo de fonte implica no reconhecimento do marco teórico e metodológico em que foram construídas (BENADIBA, 2015, p. 91).

A utilização da história oral permite ao pesquisador trazer aos dias atuais acontecimentos vividos. Isso porque se centra na memória humana. A memória é constituída psíquica e intelectualmente, com procedência a fragmentos representativos do passado que são internalizados. Não é um retrato fiel do todo, mas uma seleção parcial de fato, orientada por estímulos específicos da vivência atual (SANTOS; MORAES; BRITO, 2015). Constitui a lembrança de uma pessoa, a qual está inserida num âmbito familiar e social e, que por sua vez, passa por diversas modalidades de inferências coletivas (MATOS; SENNA, 2011). Neste sentido, a técnica da história oral pressupõe, de saída, toda memória é coletiva e se configura como elemento primordial da identidade, da percepção de si e dos outros (HALBWACHS, 2004).

Ao optar pela técnica de história oral, o pesquisador deve atentar para as limitações da análise dos dados coletados por esta técnica, uma vez que a fonte oral pode não ser um dado preciso (FIROUZKOUHI; ZARGHAM-BOROUJENI 2015). Essa técnica, contudo, propicia acesso a dados e informações que, muitas vezes, um documento escrito não permite. Com efeito, se exprime como essencial para a análise e compreensão do tempo presente. Apenas com origem nele será possível conhecer os sonhos, anseios, crenças e lembranças do passado de pessoas anônimas, simples, sem qualquer *status* político ou econômico, mas que acompanharam os momentos vividos em sua época (MATOS; SENNA, 2011).

A história oral se utiliza de entrevistas, em que a pessoa conta determinado assunto por meio de narrativas, fazendo com que os leitores possam reviver os fatos. Divide-se em: história oral de vida, história oral temática, tradição oral e história oral testemunhal (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Dentre as possibilidades que a história oral oferece, destacamos a história oral de vida, um método que tem como principal característica o relato de práticas sociais, trazendo, direta ou indiretamente, depoimentos, atitudes e valores contidos nas entrevistas das pessoas com ênfase no vínculo entre pesquisador e sujeito (GLAT, 2009).

O objetivo do método história oral de vida é retratar o cotidiano dos sujeitos por meio de seus relatos. É o informante quem decide o que vai ser relatado e o pesquisador mantém-se neutro à escuta dos fatos e, sempre que possível, silencioso. Busca-se ter acesso a uma realidade que ultrapassa os limites do narrador, tentando compreender o universo no qual ele está (FERNANDES, 2010).

Algumas implicações políticas de novos usos desta técnica compreendem, como exemplo clássico, o testemunho das vítimas do furacão Katrina, em que foram utilizadas apropriações contemporâneas da história oral de vida para a formulação de narrativas (CAVALCANTI, 2009).

A história oral de vida abrange um conhecimento mais amplo do pesquisador, sobretudo porque, por mais individual que seja transcrita uma história, ela é sempre coletiva. Este método, no entanto, não se apoia unicamente na visão da pessoa com suas especificidades, mas também sob a perspectiva da sua sociedade, com sua organização e valores específicos (JOUTARD, 1983).

Ante o exposto, descrevemos como a história oral de vida pode ser utilizada em desenhos metodológicos como técnica de coleta de dados nas pesquisas qualitativas.

### Utilização da história oral de vida

A utilização desta técnica de coleta de dados permite ter no tempo presente a aproximação com fatos passados, para que seja possível a compreensão do fenômeno estudado por seus agentes sociais (CARNEIRO, 2012). Essa técnica faz uso de fontes orais, tendo como base o uso de entrevistas abertas, gravadas, em que o participante é uma pessoa que possa, por meio da sua fala, reaver os fatos vivenciados anteriormente (MATOS; SENNA, 2011). O registro utilizado nesta técnica se dá por meio da oralidade de quem participou ativamente deste fenômeno (SANTOS; MORAES; BRITO, 2015).

Dentre as técnicas disponibilizadas na história oral destaca-se na área da saúde a história oral de vida, por abranger a descrição das trajetórias vividas em saúde pela voz dos usuários ou pela reconstituição da história das profissões (MOTA; REGINATO, 2015; FIROUZKOUHI; ZARGHAM-BOROJENI, 2015; MENDONÇA; FRANÇA, 2013; SILVA; BARROS, 2010; MOURA; SILVA, 2004).

Para facilitar a utilização desta técnica, trazemos uma sequência de passos que pode ser observada pelo pesquisador.

- 1) Elabore as perguntas abertas de maneira que o participante possa discorrer livremente sobre o assunto em questão. Lembre-se de que o participante deve reconstituir o período vivido.

- 2) Escolha o sujeito ou grupo que irá compor sua pesquisa.

- 3) Faça uma entrevista piloto para avaliar se as perguntas formuladas respondem à questão de pesquisa, identificando dúvidas na compreensão.

- 4) Antes da entrevista, o pesquisador deve se certificar do funcionamento do gravador e/ou dispositivo de filmagem, verificando o funcionamento destes.

- 5) A entrevista deve ser realizada em ambiente tranquilo, silencioso e con-



fortável, pois terá influência na qualidade da gravação e no bem-estar do respondente.

6) Inicie a entrevista situando o participante sobre a pesquisa e solicite sua autorização para a gravação do áudio e vídeo (caso estiver sendo utilizado), além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7) O pesquisador deve ouvir o participante atentamente; isto passa maior confiabilidade e respeito. Evite gestos ou expressões que remetam à aprovação ou desaprovação do relato.

8) Caso seja necessário, o pesquisador pode acrescentar perguntas ao roteiro, sem fazer perguntas duplas e que induza as respostas.

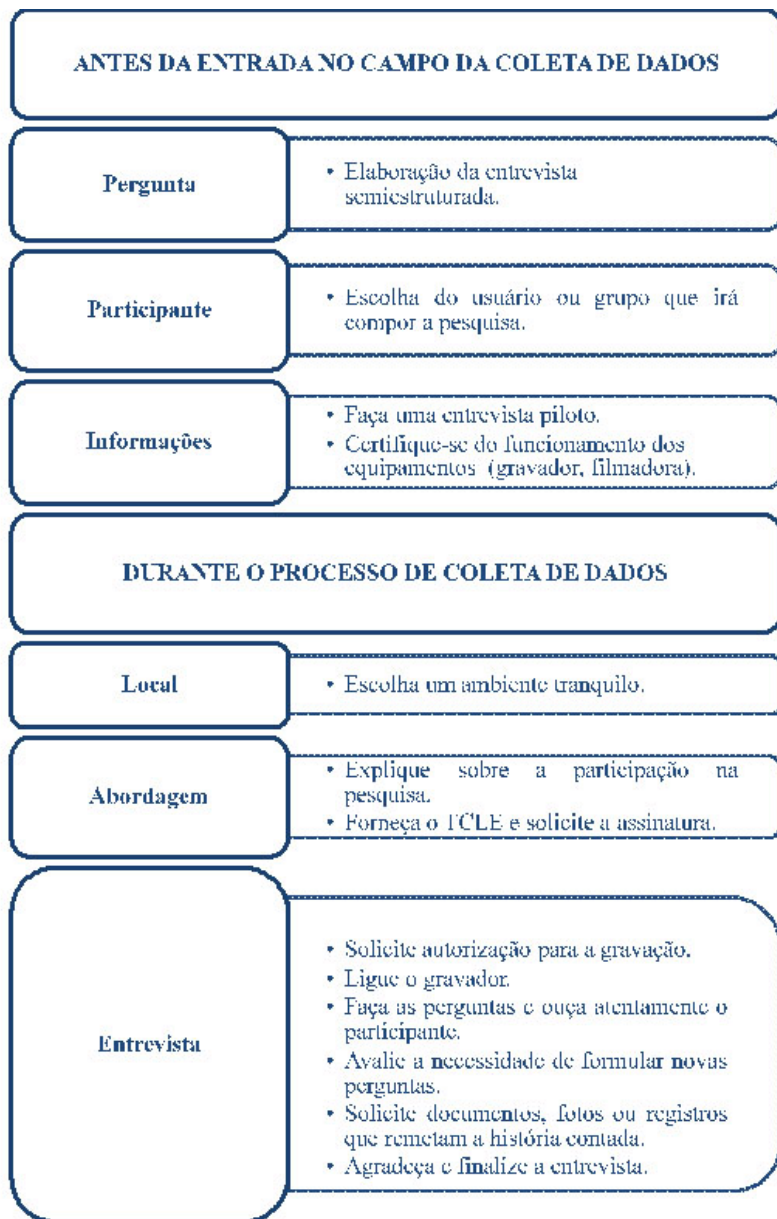
9) Solicite ao participante materiais, como documentos, fotos, cartas, bilhetes que foram registrados no momento pesquisado.

10) Ao finalizar a entrevista, agradeça a participação do sujeito, disponibilize-se para qualquer dúvida e esclarecimento.

11) Valide as transcrições realizadas junto aos participantes.

Esses passos estão estandardizados, a seguir, em duas etapas: antes da entrada no campo da coleta de dados e durante a fase de recolha dos indicadores (Figura 1).

**Figura 1** - Passos para utilização da técnica de história oral de vida nas etapas antes da entrada no campo da coleta de dados e durante o processo de coleta de dados.



**Fonte:** Elaboração dos autores

Após as entrevistas realizadas em profundidade, os áudios devem ser transcritos, adotando-se os cuidados a seguir transcritos.

- 1) Realizar a transcrição, o mais breve possível, da realização da entrevista.
- 2) Evidenciar, pelo uso de colchetes, parênteses ou grifos, os trechos da gravação que ficaram pouco audíveis e expressões como silêncio, incertezas, risos e pausas.
- 3) Não utilizar nomes de pessoas quando sejam citadas, pois estas podem ser substituídas por iniciais de seus nomes ou pseudônimos.
- 4) Usar fonte com negrito nos casos de forte entonação.
- 5) Erros de português evidenciados na fala devem ser corrigidos no momento da transcrição.

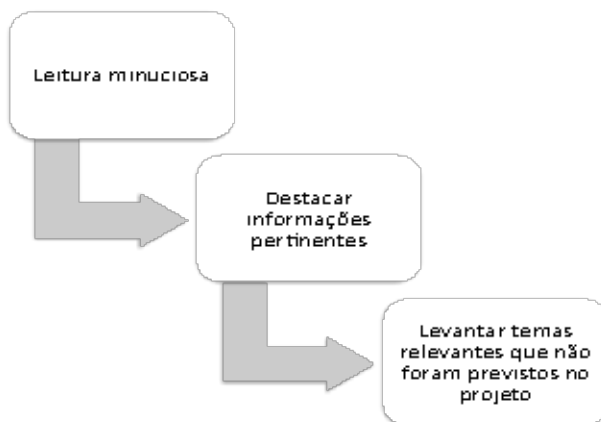
Após a transcrição, faça a conferência, ouvindo o áudio e comparando com o texto digitado.

Dentre as potencialidades do uso da história oral como técnica de coleta de dados, afirma-se que:

[...] o pesquisador tem três caminhos a percorrer: a) proceder a uma leitura cuidadosa de todo o material para decidir quais cortes deverão ser feitos; b) procurar nos dados colhidos as informações que lhe interessam, segundo as questões propostas no projeto; c) combinar ambas alternativas, localizando no documento não apenas as questões previamente definidas, mas, também, levantando outros temas não previstos no projeto, mas que se afiguram ao pesquisador como importantes. (FERNANDES, 2010, p. 26).

Na figura 2. esboçamos um fluxo do caminho a ser percorrido pelo pesquisador na leitura das transcrições das entrevistas.

**Figura 2** - Caminho a ser percorrido pelo pesquisador na leitura das transcrições da história oral de vida



Fonte: Elaboração dos autores

### Vantagens e desvantagens da técnica de história oral de vida

é importante que o pesquisador tenha em mente que a noção de “[...] o *corpus* documental pode ser composto por documentos construídos e criteriosamente colecionados para a análise acadêmica” (ALONSO, 2016 p. 56).

Isto nos permite trazer para a atualidade informações do passado que foram perdidas, contadas por uma só pessoa ou por um grupo, revivendo aspectos históricos, culturais, religiosos, que até o momento não se conheciam (STANISK; FLORIANI; SILVA, 2015). Acrescenta-se que “[...] a memória recupera o passado com elementos do presente e nela o sujeito constrói uma imagem de si, de como quer ser lembrado, baseado em continuidade e coerência” (DAVID, 2013, p. 159).

Uma das principais vantagens do uso da história oral de vida é a riqueza que seus conteúdos proporcionam, no entanto a dificuldade apontada está nesta mesma riqueza e a ilusão que ela pode causar, fazendo-se de enorme necessidade o vínculo de confiança que se configura entre o pesquisador e o sujeito (FERNANDES, 2010).

O pesquisador deve estabelecer uma relação de proximidade com o sujeito, exigindo sensibilidade para transcrever a história contada por quem vivenciou. Nesta técnica podemos fazer uso da gravação, transcrição e análise. Recomenda-se que o pesquisador que realizou a entrevista efetive também a transcrição, pois irá facilitar a análise pelo fato de estar compartilhando, naquele momento, das emoções e relatos expressos pelo sujeito (FERNANDES, 2010).

É reconhecido o fato de que “[...] a história oral sem o apoio teórico reduz o trabalho produzido a uma simples transcrição de entrevista, carente de uma explicação reflexiva que venha enriquecer os resultados obtidos na metodologia adotada” (JUCÁ, 2011, p. 31).

A história oral de vida, apesar de ser amplamente divulgada no Brasil, ainda encontra certa resistência na sua utilização, justificada pela seletividade e pela falha das fontes orais (FREITAS, 2006).

Corroborando tais afirmações, os autores asseguram que “[...] o uso crescente da história oral, a sua credibilidade também tem sido contestada por parte de alguns acadêmicos no que diz respeito à subjetividade, à memória, ao tempo e à (re)construção das narrativas”. (MENDONÇA; FRANÇA, 2013, p.19). Estudo aponta, entretanto, que, apesar da possibilidade de falibilidade da memória ou exacerbação dos fatos, não se deve negar os fatos importantes, *insights* e as experiências trazidas pelos participantes (BATTY, 2009).

As vantagens, pois, da história oral de vida estão na possibilidade de dissertar sobre determinado assunto, com uma diversidade de experiências vivenciadas sob múltiplos olhares que poderão ter inúmeros significados (NASCIMENTO, 2013). O uso dessa técnica permite a reconstrução de lacunas históricas (BECKER; 2006).

Destaca-se, ainda, como vantagem da técnica o fato de, que sua utilização como estratégia de ensino demonstra melhor desempenho do aluno e aprendizagem de longa duração (TANGULU, 2014).

Enfatizamos a necessidade de se guardar alguns cuidados na utilização da história oral, lembrando que esta técnica, por trazer à tona fatos passados, em contextos totalmente diferentes do que se tem na atualidade, há de observar uma grande responsabilidade em sua análise, deixando claro que a discussão dos dados está sendo feita com base na visão contemporânea.

Para se obter êxito na utilização da história oral de vida, fazem-se necessário um bom texto narrativo e uma análise em profundidade. Com efeito, é recomendado que a análise seja norteada pelas etapas (FIROUZKOUHI; ZARGHAM-BOROJENI, 2015).

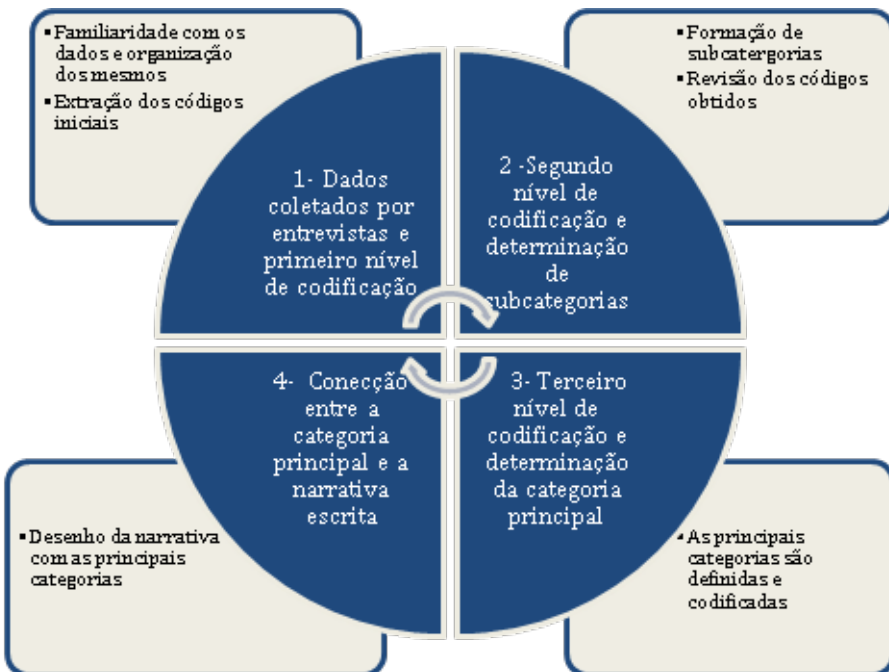
- 1) Realização da coleta de dados pela entrevista oral e codificação em primeiro nível (extração dos códigos iniciais).
- 2) Codificação das entrevistas em segundo nível e criação das subcategorias para análise.
- 3) Codificação em terceiro nível das entrevistas e determinação das categorias principais encontradas, reunindo as principais categorias entre si e início da escrita da narrativa.

A figura 3 ilustra o processo de análise das informações coletadas pela história oral de vida.

### Inovações da técnica

Os recursos tecnológicos incrementam positivamente na técnica da história oral de vida, tanto na sua produção quanto na divulgação das pesquisas (MACEDO; BERTÉ; GOELLNER, 2016). O uso de ferramentas disponíveis *online*, como *chats* e fóruns para de discussão e portais, amplia consideravelmente as possibilidades do emprego desta técnica de coleta de dados (BRESCIANO, 2010).

Figura 3 - Análise da História Oral



Fonte: FIROUZKOUHI; ZARGHAM-BOROUJENI (2015)

## Considerações finais

Ante o exposto, observamos que a utilização da história oral de vida como técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa mostra-se importante meio, que lança mão, não só, da história contada, mas também da utilização de documentos que possam reforçar a reconstituição de momentos.

Malgrado este método ter sua utilização na área das Ciências Humanas e Sociais, a Saúde progride cada vez mais a ele recomendando, demonstrando a potencialidade deste expediente metodológico científico.

Colaborando na reorientação das práxis da saúde coletiva, a escuta qualificada, na perspectiva do cuidado integral, possui enorme potencial terapêutico. Sendo assim, a oralidade do sujeito toma formato como fator importante na clínica ampliada e no projeto terapêutico singular, auxiliando na orientação do cuidado.

Consideramos importante que o pesquisador se aprofunde nos detalhes de aplicação desta técnica antes do desenvolvimento do projeto de pesquisa, na entrada no campo, no processo de coleta de dados e na análise das informações.

## Referências

- ALBERTI, V. *História oral: a experiência do CPDOC*. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- ALONSO, L. S. O corpus documental em história oral: teoria, experiência e transcrição. *Revista Observatório*, Palmas, v. 2, n.1, p. 54-75, 2016. Disponível em: <[http://opendepot.org/2768/1/vol2\\_n1\\_4.pdf](http://opendepot.org/2768/1/vol2_n1_4.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2016.
- BATTY, E. Reflections on the use of oral history techniques in social research. *People, Place & Policy Online*, Reino Unido, v. 3, n.2, p. 109-121, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/LoYyRH>>. Acesso em: 23 set. 2016.
- BECKER, J.J. O handicap do a posteriori. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J.(Org.). *Uso e abusos da história oral*. 8. ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV, 2006.
- BENADIBA, L. História oral: reconstruir historias únicas desde la diversidad. *Revista Confluências Culturais*, Joinville, v.4, n. 2, p. 90-99, 2015. Disponível em: <[goo.gl/Z6ZXrM](http://goo.gl/Z6ZXrM)>. Acesso em: 12 set. 2016.
- BRESCIANO, J. A. La historia oral en contextos digitales: transformaciones recientes de um subcampo disciplinario. *História Oral*, Rio de Janeiro, v. 13, n.

2, p. 11-32, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=index>>. Acesso em: 12 set. 2016.

CAPPELLE, M.C.A.; BORGES, C.L.P.; MIRANDA, A.R.A. Um exemplo do uso da história oral como técnica complementar de pesquisa em administração. *Anais do VIEnEO*. Florianópolis (SC): Anpad, 2010. p. 1-13. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo\\_2010/2010\\_ENEO117.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2010/2010_ENEO117.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2016.

CARNEIRO, J. A História oral como instrumento no desenvolvimento e elaboração da pesquisa. *Bol. geogr.*, Maringá/PR, v. 30, n. 2, p. 121-131, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/BolGeogr/article/view/11325/9434>>. Acesso em: 12 set. 2016

CAVALCANTI, M. Sobre alguns usos emergentes da história oral nos Estados Unidos: o caso do furacão Katrina. *Estudos Hist*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 43, p. 196 - 217, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1552>>. Acesso em: 12 set. 2016.

DAVID, P. História Oral: Metodologia do Diálogo. *Patrimônio e Memória*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 157-170, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://pem.assis.unesp.br/index.php/pem/article/view/313>>. Acesso em: 23 set. 2016.

DILTHEY, W. *Introduction to the Human Sciences*. Tradução: Michael Neville. New Jersey: Princeton University Press, 1989.

FERNANDES, M.E. História de vida: Dos desafios de sua utilização. *Revista Hospitalidade*, São Paulo, v. 7, n. 1, p.15-31, jan-jun 2010. Disponível em: <<https://revhosp.org/hospitalidade/article/viewFile/292/320>>. Acesso em: 12 set. 2016.

FIROUZKOUHI, M.; ZARGHAM-BOROUJENI, A. Data analysis in oral history: A new approach in historical research. *Iran J Nurs Midwifery Res*, Isfahan/Irã, v. 20, n. 2, mar/abr 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387636/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

FREITAS, S.M. *História Oral: possibilidades e procedimentos*. 2. ed. São Paulo (SP): Editora Humanitas, 2006.

GLAT, R. *Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. 2.ed. Rio de Janeiro (RJ): 7Letras, 2009. 219 p.

HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. São Paulo (SP): Centauro, 2004. 197 p.



JOUTARD, P. *Ces voix qui nous vienment du passé*. Paris: Hachette, 1983. 268 p.

JUCÁ, G.N.M. *A Oralidade dos Velhos na Polifonia Urbana*. 2ª ed. Fortaleza (CE): Gizafran Jucá, 2011. p. 153.

MACEDO, C.G; BERTÉ, I.L; GOELLNER, S.V. História oral na era digital: a experiência do projeto Garimpendo memórias. *História Oral*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 41-58, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.revista.historiaoral.org.br/index.age=article&op=view&path%5B%5D=629&path%5B%5D=pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

MATOS, J.S.; SENNA, A.K. História oral como fonte: problemas e métodos. *Historia*, v. 2, n.1, p. 95-108, 2011. Disponível em: <<https://www.seer.furg.br/hist/article/view/2395/1286>>. Acesso em: 12 set. 2016.

MEIHY, J.C.S.B.; RIBEIRO, S.L.S. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo (SP): Contexto, 2011. p.208.

MENDONÇA, M. E. B. M; FRANÇA, A. P. S. J. M. História Oral: em Busca de uma Ferramenta para Investigação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, Lisboa, v. 17, n. 2, p.9-25, 2013. Disponível em: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2\\_Artigo2\\_9\\_25\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo2_9_25(1).pdf)>. Acesso em: 12 set. 2016.

MOTA, C. S.; REGINATO, V. Aproximando o cuidador do idoso: a história oral de vida e a humanização do cuidado. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, Madri, v. 4, n.2, p. 115-24, 2015. Disponível em: <<http://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/view/848/0>>. Acesso em: 23 set. 2016.

MOURA, E.R.F; SILVA, R.M. Assistência humanizada ao parto a partir de uma história de vida tópic. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 141-147, 2004.

NASCIMENTO, A.L.C. História oral: re-construindo a realidade e as relações sociais. *Revista Margens Interdisciplinar*, Abaetetuba/PA, v. 7, n. 9, p. 247-265, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpa.br/index.php/revistamargens/article/view/2780/2911>>. Acesso em: 12 set. 2016.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SIMON, O.M.V. (Org.). *Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)*. São Paulo (SP): Vértice, 1988, p. 14-43.

SANTOS, S.M.S.; MORAES, A.D.J; BRITO, T.T.R. História oral entre o *status* de metodologia e a técnica. *Cadernos de História da Educação*, Uberlândia, v. 14, n. 3, set./dez. 2015.

SCOCUGLIA, J.B.C. A hermenêutica de Wilhelm Dilthey e a reflexão epistemológica nas ciências humanas contemporâneas. *Sociedade Estado*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 249-281, 2002.

SILVA, V.P; BARROS, D.D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, 2010.

SPINDOLA, T; SANTOS, R.S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.37, n 2, p. 119-26, 2003.

STANISK, A.; FLORIANI, N.S.A.A. Metodologia da História oral e seu uso em pesquisas etnoecológicas. *Terra Plural*, Ponta Grossa/PR, v.9, n.1, p. 119-134, jan/jun. 2015.

TANGULU, Z. Analysis on Oral History Attitudes of Pre-service Teachers. *Kamla-Raj*, Índia, v. 18, n.3. pp. 959-968, 2014.

# CAPÍTULO 15

## OBSERVAÇÃO APLICADA À PESQUISA QUALITATIVA

*Raquel Santos Monte Queiroz / Andréa Cavalcante dos Santos*

*Mirna Frota Albuquerque / Carlos Antônio Bruno da Silva*

*Escolástica Rejane Ferreira Moura*

### Introdução

A técnica da observação busca ver com todos os sentidos, determinada realidade. Ao observar pessoas, ambientes, comportamentos e interações cotidianas, torna-se possível aproximar-se do que as pessoas realmente fazem. Assim, a observação preenche lacunas que outras técnicas não são capazes de alcançar, como a entrevista, por exemplo, pois ao simplesmente obter respostas, não podemos afirmar que esta condiz com a realidade.

Na visão Antropológica, o texto clássico para o trabalho de campo foi escrito em 1922, por Malinowski, a propósito de sua inserção entre os nativos das Ilhas Trobriand, designado *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. Esse pesquisador faz uma crítica radical à pesquisa social, que explica a realidade apenas percebida como um nível dessa realidade por meio de *surveys*. Acentua que esse tipo de lógica quantitativa atinge apenas o esqueleto da sociedade, mas não compreende a vida nos seus detalhes. Existem situações que não podem ser registradas apenas por técnicas quantitativas, mas que precisam ser observadas na situação concreta em que acontecem (DESLANDES; MINAYO, 2013).

Pesquisadoras da abordagem qualitativa utilizam a coleta de dados por observação com o mínimo de estrutura e de restrição imposta pelo pesquisador. Para algumas questões de pesquisa, a observação direta do comportamento da pessoa é a alternativa para o autorrelato (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Nesse sentido, afirmam-se que a simplicidade por parte do pesquisador é essencial para a eficiência de sua observação, pois ele é menos visto pela base

lógica dos seus estudos e mais pela sua personalidade e seu comportamento. As pessoas que facilitam o acesso do observador ao campo se preocupam em saber se ele é “uma pessoa boa” e se não trará nenhum malefício ao grupo, mantendo o sigilo das confissões e respeitando seus costumes (DESLANDES; MINAYO, 2013).

Dependendo de cada objeto de estudo, o pesquisador deve se munir de leitura prévia muito intensa, abrangente e profunda, comportando aspectos inerentes ao ser humano, que o fará entender o caminho percorrido por aquela pessoa estudada ao ponto a que ela se encontra e este sendo o foco de estudo do pesquisador.

Ao mencionarmos a observação e esta sendo de um ser humano, poderíamos citar uma leitura prévia, como a que se reporta ao contexto de Paulo Freire, educador e filósofo, quando ele refere a necessidade do respeito ao saber da pessoa observada. Poderíamos até fazer uma correlação com o que Freire assegura, quando entendemos que observar faz parte de um ensinamento e que este ensinamento também é passível de risco, exigindo a aceitação do novo e a rejeição de qualquer modalidade de discriminação (FREIRE, 2015).

Podemos suscitar, ainda, a compreensão do campo fenomenal, quando Merleau-Ponty, escritor e filósofo fenomenólogo francês, refere que a chama de uma vela muda de aspecto quando, após um acidente em que uma criança sofre com a queimadura, deixa de atrair sua mão, tomando-se uma abrupta repulsão (2011). Nesse caso, podemos entender que, do ponto de vista do pesquisador e observador, é necessário que ele se atenha aos fatos inerentes àquela situação estudada para entender seu objeto de coleta e qual o ponto de vista ao qual esse fenômeno está exposto.

Portanto, podemos descrever inúmeros pensadores e suas teorias, mas o que propomos com esse material é discorrer sobre a abrangência que envolve a capacidade de observação do pesquisador quando ele se propõe à técnica de coleta de dados por observação, bem como os passos para uma observação adequada.

### **Abrangência de uma observação adequada**

As técnicas de observação experimentam mais emprego no ramo das ciências sociais conhecido como Etnografia (literalmente, “o estudo das pessoas”). A premissa subjacente à Etnografia é que, a fim de compreender um grupo de pessoas, o pesquisador precisa observar suas vidas diárias, idealmente vivendo com elas e vivendo como elas. O pesquisador é o instrumento de pesquisa (POPE; MAYS, 2005). E observar é diferente de ver (SARAMAGO, 1996).

Na pesquisa etnográfica, sua etapa de preparação para as entrevistas é desenvolvida com base na observação, uma vez que esta técnica revela os reais comportamentos da cultura a ser estudada. Desse modo, a observação auxilia o pesquisador a desvendar a realidade como exatamente ela é, comparando prática e teoria (REDIGOLO; NEVES; FUJITO, 2015).

Diferentemente da observação quantitativa, em que se procura evitar qualquer reação (efeitos da presença e condutas do observador), na pesquisa qualitativa o efeito da reação é analisado e as mudanças provocadas pelo observador são tratadas como dados. Os desafios no uso da técnica de observação na pesquisa qualitativa estão em observar sem emitir juízo de valor; na possibilidade de passar despercebida a ação de determinado sujeito enquanto observamos outro; e na possibilidade de “reatividade”, ou seja, a mudança de comportamento do sujeito em razão da presença do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A observação com técnica de coleta de dados e informações na pesquisa qualitativa é realizada com propósitos essenciais, retirados de alguns estudos segundo a indução qualitativa (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Eles estão expressos na sequência.

- Exploração de ambientes, contextos, subculturas e de a maioria dos aspectos da vida social (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).
- Descrição das comunidades, contextos ou ambientes, bem como das atividades nelas desenvolvidas, inclusive das pessoas que participam dessas atividades e de seus significados (PATTON, 2002).
- Compreensão dos processos, que inclui vínculos entre as pessoas e suas situações ou circunstâncias, os eventos que ocorrem ao longo do tempo, os padrões desenvolvidos, assim como as conjunturas sociais e culturais em que ocorrem as experiências humanas (JORGENSEN, 1989).
- Identificação de problemática (DAYMON, 2011).
- Reconhecimento de análise crítica na geração de hipóteses para futuros estudos.

Com base nesses propósitos suscitados, emergem questões importantes para observação. Embora exista heterogeneidade nas pesquisas, cada uma demonstra elementos específicos e passíveis de observação, como (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013):

- ambiente físico (entorno) - tamanho, organização espacial ou distribuição, indicações, acessos, locais com função centrais (igrejas, centro do poder político e econômico, hospitais, mercados e outros). Além disso, um ele-

mento importante são as impressões iniciais do pesquisados, sendo recomendável não interpretar o contexto ou cenário com adjetivos gerais, a não ser que representem comentários dos participantes, como: confortável, lúgubre, bonito ou grandioso;

- ambiente social e humano (gerado no ambiente físico) - modalidades de organização em grupos e subgrupos, padrões de interação ou vinculação (propósito, redes, direção da comunicação, elementos verbais e não verbais, hierarquias e processos de liderança, frequência das interações); características dos grupos, subgrupos e participantes (idades, origens étnicas, níveis socioeconômicos, ocupações, gênero, condição de união, vestuário, acessórios); atores-chave; líderes e aqueles que tomam decisões; hábitos, além das impressões iniciais. Portanto, um mapa de relações ou redes é conveniente;
- atividades (ações) individuais e coletivas - o que fazem os participantes? A que se dedicam? Quando e como fazem isso? Propósitos e funções de cada uma;
- artefatos que os participantes utilizam e suas funções;
- fatos relevantes, eventos e histórias (cerimônias religiosas ou pagãs, desastres, guerras) ocorridos no ambiente e com as pessoas; e
- retratos humanos dos participantes.

Esses elementos podem ser ampliados e vão se transformando em unidades de análise, pois não são predeterminados, uma vez que surgem da própria imersão e observação. Após a seleção das unidades de análise a observação vai tendo um foco.

Na imersão inicial, geralmente, não são realizados registros-padrão. Devemos, no entanto, observar e anotar tudo o que considerarmos relevante. Por isso, a observação não pode ser delegada e o pesquisador qualitativo deve conhecer áreas psicológicas, antropológicas, sociológicas, da comunicação, educacionais e outras afins. Talvez o único que pode ser incluído como «padrão» na observação durante a imersão no contexto seja o tipo de anotações, por sua importância.

Esses tipos de anotações podem variar de acordo com a criatividade do pesquisador, desde um diário de campo, o próprio áudio, sua percepção do meio até o modelo por intermédio de filmagens, fotografias, e estes podem ser agregados ao banco de dados, sendo integrados como informações da pesquisa. Faz-se necessária, quando da coleta por filmagens e fotos, sobre a condição ética para a ocorrência, a autorização do entrevistado, antecipadamente.

Outro aspecto a ser identificado é o posicionamento do observador. Geralmente se usa uma combinação de posicionamento. O posicionamento único consiste em ficar no mesmo local. O posicionamento múltiplo versa em se movimentar e observar comportamentos de variados pontos. O posicionamento móvel consiste em acompanhar a pessoa durante uma determinada atividade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

### Papéis do observador

A observação na pesquisa qualitativa constitui técnica formativa, sendo o único meio sempre utilizado nas pesquisas qualitativas. Pode-se decidir realizar entrevistas ou sessões focais, mas não se pode prescindir da observação. E sobre um bom observador apontam Sampieri; Collado e Lucio (2013):

Um bom observador qualitativo precisa saber ouvir e utilizar todos os sentidos, prestar atenção nos detalhes, possuir habilidades para decifrar e compreender condutas não verbais, ser reflexivo e disciplinado para fazer anotações, assim como flexível para mudar o foco de atenção, se for necessário.

O pesquisador que utiliza a observação deve transpor ao menos dois empecilhos para assumir uma posição satisfatória em relação aos participantes. O primeiro é a permissão de entrada no grupo social da pesquisa e o segundo é desenvolver um bom entendimento e a confiança do grupo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na pesquisa qualitativa, o observador tem papel muito ativo, em que ele pode adquirir distintos níveis de participação (geralmente mais de um), que são mostrados a seguir (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

- Não participação - consiste no estudo de fatos antecedentes, quando a pesquisa é baseada em jornais, vídeos e documentos.
- Participação passiva - ocorre quando o observador está presente, mas não interage, utilizando-se do diário de campo.
- Participação moderada - o observador participa de algumas atividades, mas não de todas.
- Participação ativa - a participação do observador está na maioria das atividades, no entanto, não “se mistura” completamente com os participantes; continua sendo, antes de tudo, um observador.

- Participação completa - o observador “se mistura” completamente com os participantes, ao ponto de se confundir com um participante a mais. Nestes casos, quando realizada por um pesquisador habilidoso, é possível ver o mundo com os olhos de participantes do estudo. Na medida em que convive com o grupo, o observador pode extrair roteiro de questões constatadas como irrelevantes e consegue também compreender aspectos que vão aflorando paulatinamente. Assim, é possível vincular os fatos e suas observações e revelar as contradições entre as normas, regras e práticas diárias vividas pelo grupo ou instituição observados (DESLANDES; MINAYO, 2013).

A observação participante é de tanto relevo na pesquisa qualitativa que estudiosas a consideram não apenas uma estratégia de investigação, mas uma técnica que, em si mesma, permite a compreensão da realidade (DESLANDES, MINAYO, 2013).

### **Pesquisa sobre sexualidade saudável e segura na adolescência**

Esta pesquisa objetiva estabelecer um instrumento de tecnologia para aplicativos móveis voltado aos adolescentes. Será implementado com alunos do Ensino Médio de escolas públicas de Fortaleza-CE.

Este questionário será aplicado em uma escola na fase exploratória do estudo, como reconhecimento de campo. Antes de iniciar o questionário, o pesquisador irá se dirigir à direção do estabelecimento de ensino para se identificar e explicar a atividade a ser realizada.

Há de perguntar ao membro da escola com quem está interagindo se ele pode fornecer os seguintes dados:

Nome da Escola: \_\_\_\_\_.

Nº de turmas do ensino médio, por turno: manhã \_\_\_\_\_ tarde \_\_\_\_\_.

Nº de alunos do ensino médio: \_\_\_\_\_.

Percorra todos os ambientes da escola e responda as questões:

1) a escola possui ações de promoção da saúde?

( ) Sim ( ) Não.

2) a escola possui equipe de saúde ou conta com o apoio de alguma equipe que realiza avaliações periódicas de saúde e orientação a seus alunos?

( ) Sim ( ) Não.



3) a escola possui espaço para ações educativas que promovam o debate sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e infecções sexualmente transmissíveis (IST)?

( ) Sim ( ) Não.

4) a escola possui momentos definidos para a participação dos pais?

( ) Sim ( ) Não.

5) As aulas são interativas e com estímulo ao pensamento crítico?

( ) Sim ( ) Não.

6) Existe quadra esportiva?

( ) Sim ( ) Não.

7) Existe auditório?

( ) Sim ( ) Não.

8) Existe laboratório de informática?

( ) Sim ( ) Não.

9) Existe biblioteca?

( ) Sim ( ) Não.

10) As salas de aula são adequadas em termos de espaço físico?

( ) Sim ( ) Não.

11) As salas de aula são adequadas em termos de climatização?

( ) Sim ( ) Não.

12) As salas de aula são adequadas em termos de iluminação?

( ) Sim ( ) Não.

13) A escola possui grêmios estudantis ou outros grupos de convivência nas quais os alunos participam de processos de decisão sobre assuntos escolares?

( ) Sim ( ) Não.

14) Os professores parecem receptivos a participar de momentos de discussão com profissionais de saúde?

( ) Sim ( ) Não.

Pesquisa sobre obstáculos ao acolhimento de adolescentes em unidades de atenção primária de saúde para o programa de planejamento familiar

Esta é uma pesquisa para analisar os obstáculos ao acolhimento de adolescentes no Núcleo de Assistência ao Cliente (NAC) nas unidades de atenção primária de saúde.

Episódio ou situação: adolescente de 14 anos que procura o NAC para agendar uma consulta no programa de planejamento familiar.

Data: 23 de setembro de 2016 Hora: 15 h.

Participantes: atendentes do NAC e adolescente.

Lugar: unidade de atenção primária de saúde.

Observador: a cliente entra na unidade, se dirige ao NAC e solicita o agendamento de consulta para “receber comprimidos anticoncepcionais”. O atendente pergunta pela mãe da adolescente. Esta responde que está sozinha. Ele diz que só pode marcar a consulta dela se a mãe vier junto. A adolescente sai da unidade de saúde.

No dia seguinte: a enfermeira da equipe da Estratégia de Saúde da Família recebe uma ligação em seu aparelho celular de uma de suas agentes comunitárias de saúde (ACS) que pergunta se a adolescente de sua área, de 14 anos, a procurou para “receber anticoncepcionais” e a enfermeira responde que não. A ACS argumenta que orientou a adolescente a procurá-la no dia anterior, pois durante suas visitas domiciliares, realizou o cadastro de uma família cuja mãe tinha duas filhas adolescentes: a mais velha com 16 anos estava grávida e estava fazendo consultas regulares de pré-natal e a mais nova estava namorando há seis meses e a mãe se mostrava preocupada, temendo vivenciar a mesma situação com esta filha. Então, a ACS orienta a adolescente a procurar a unidade de saúde e, como a mãe trabalhava o dia todo, pediu que ela fosse logo após a aula. A adolescente agiu conforme combinado, mas teve seu atendimento negado no NAC, por não estar acompanhada da mãe.

**Solução:** a enfermeira da equipe da Estratégia de Saúde da Família solicita à coordenação da unidade uma reunião com os atendentes do NAC para informá-los sobre não negar o acolhimento de adolescentes na unidade, em tal circunstância, pois é um direito assegurado a essas adolescentes, e reforçar o fato de que um dos principais problemas de saúde no território adscrito do NAC é a gravidez na adolescência.

Outros autores propõem classificação diferente para esta técnica, utilizando apenas duas categorias: a observação não estruturada e a estruturada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Observação não estruturada: pelo fato de ser observação simples, coletada de maneira espontânea, as anotações são realizadas de modo mais livre, não sendo necessário instrumento previamente elaborado (LAKATOS, 1992).

Observação estruturada: existe uma estrutura, podendo ser composta por categorias, contudo, exige do pesquisador uma aproximação prévia sobre o assunto a ser questionado (LAKATOS, 1992).

1º Passo: definir a estrutura da observação de acordo com o objetivo da pesquisa.

2º Passo: aproximar-se do campo para observar e ouvir as pessoas do estudo. Inclui a preparação de formulários e a identificação das atividades em que o pesquisador participará. Uma vez identificadas essas atividades, incumbe ao pesquisador realizar uma preparação de sua participação, bem como a revisão e finalização de formulários ou roteiros a serem seguidos;

3º Passo: preparar o diário de campo para descrever minuciosamente o maior número de dados da realidade, incluindo ambiente e interações sociais. Este é um dos principais instrumentos de anotações na aplicação da técnica de observação; e

4º passo: refletir o processo que emergiu da observação, podendo formar categorias advindas de comportamentos e características observadas.

Após todos os passos elaborados e conferidos, é importante salientar que o pesquisador não deve permear dois extremos em sua coleta por observação. Um sendo o pertencimento do pesquisador no campo e outro, o afastamento/distanciamento deste em relação a realidade da pesquisa.

Ademais, a saída do campo também deve ser uma preocupação do pesquisador pois envolve problemas éticos e práticos. A relação subjetiva que criam pode contribuir para definição do tipo e do momento adequado do corte necessário nas relações mais próximas e um plano de devolução da pesquisa pode ser desejável (DESLANDES; MINAYO, 2013).

### ***Principais vantagens e desvantagens da coleta de dados por observação***

#### **Vantagens**

- permite ao pesquisador obter os dados do fenômeno investigado no momento em que estes ocorrem;
- possibilita a verificação de detalhes de uma situação, que, após algum tempo, pode não mais existir; e
- favorece a descoberta de perspectivas de um problema, possibilitando a formulação de hipóteses.

#### **Desvantagens**

- a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados, minimizando a espontaneidade deles;

- aspectos da vida cotidiana podem não ser apreciáveis pelo pesquisador em seu momento de coleta; e
- com a possibilidade de vários acontecimentos serem realizados ao mesmo tempo, torna a observação um modelo de coleta difícil.

## Considerações finais

Conforme vimos, a observação possui amplo espectro de uso, que vai desde a descrição do ambiente à compreensão das interações sociais nas diversas realidades da pesquisa.

Os passos para a realização de uma observação adequada estão mostrados sistematicamente e, uma vez adotados pelo pesquisador, irá assegurar maior qualidade em suas investigações de abordagem qualitativa.

Ganha destaque a necessidade de inserção prévia do pesquisador no campo, com o intuito de interação com as pessoas participantes da pesquisa, seus contextos de vida, os panoramas comunitários onde vivem e transitam, na exploração de elementos essenciais para a elaboração de formulários e/ou roteiros utilizados nas entrevistas. O diário de campo também foi ressaltado como um dos instrumentos mais usados pelo pesquisador, em todos os passos da observação.

## Referências

DAYMON, C; HOLLIDAY, I. *Qualitative research methods in public relations and marketing communications*. 2ª ed. USA/Canada: Routledge. 2011.

DESLANDES, S.F; GOMES, R; MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 51ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 2015.

JORGENSEN, D.L. *Participant Observation: a methodology for human studies*. 1989.

LAKATOS, E; MARCONI, M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo (SP): Atlas, 1992.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4ª. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

PATTON, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Londres: Thousand Oaks/Sage Publications. 2002.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed. 2011.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed. 2005.

REDIGOLO, F.M.; NEVES, D.A.B.; FUJITO, M.S.L. A metodologia etnográfica em pesquisas de ciência da informação: estudos de observação com uso do protocolo verbal. In: *VII Encuentro Ibérico, Desafíos y oportunidades de las ciencias de la información y la documentación en la era digital*. Actas del VII Encuentro Ibérico, EDICIC. 2015.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. *Metodologia da pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre (RS): AMGH, 2013.

SARAMAGO, J. *Ensaio sobre a cegueira: a cegueira como metáfora*. São Paulo (RJ): Cia. das Letras. 1996.



## CAPÍTULO 16

# TÉCNICA DE ENTREVISTA NA PESQUISA QUALITATIVA

*Francisca Alanny Rocha Aguiar / Escolástica Rejane Ferreira Moura*

*Francisca Bertilia Chaves Costa / Francisco Ricardo Miranda*

*Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque / Raimunda Magalhães da Silva*

*Ana Maria Fontenelle Catrib*

### Introdução

Discorreremos sobre a aplicação da técnica de entrevista na pesquisa qualitativa, com amparo em produções científicas que revelam a compreensão deste instrumento de coleta de dados e de informações, incluindo conceitos na perspectiva da saúde coletiva.

Para compreender uma técnica de coleta de dados a ser empregada em pesquisas qualitativas na área da saúde, faz-se necessário fundamentar o leitor da imersão epistemológica que circunda a temática e, assim, empoderá-lo para a aplicação adequada da técnica. Não raro, deparamos conteúdos de entrevistas, que, aparentemente, nos remetem a um julgamento crítico, pelo modo “simplista” como a técnica é usada e seus dados interpretados e analisados.

A técnica de entrevista exige a compreensão de pressupostos para sua execução, que, se não atendidos, comprometerá o alcance dos objetivos pretendidos na investigação científica.

Não temos a intenção de mostrar um tipo de entrevista diferente do que é retratado na literatura sobre Metodologia Científica, uma vez que as características guarnecidas estão bem delimitadas, mas pretendemos explorar sua dimensionalidade. Vários autores ressaltam suas vantagens e desvantagens, bem como os cuidados para sua adequada aplicação (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011; FLICK, 2009; MINAYO, 2010).

Convém manifestar o interesse em discutir o nível de identidade entre o leitor e pesquisador e o objetivo da investigação, pois, nesse confronto permeado pela realidade social, emerge sua complexidade. Esta é fruto de um dinamismo individual e coletivo, encorpada de uma riqueza de significados que transborda subjetividades e se influencia por interesses diversos, que, modo bem direcionado aproxima o pesquisador do seu objetivo (MINAYO, 2010).

Esse dilema nos retira de um lugar confortável entre o que sabíamos como pesquisadores e que nos bastava para aplicação de uma simples entrevista, que por assim dizer, confere cada vez mais espaço nos trabalhos científicos sem atender ao rigor metodológico, o que não garantirá a validade e a qualidade dos dados e/ou informações adquiridas para determinado estudo (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

Buscando uma aproximação com a área da saúde coletiva a que se direciona essa discussão, a recordamos como um campo estruturado e estruturante de práticas e de conhecimentos teóricos, práticos e políticos que critica o universalismo naturalista do saber médico e o monopólio do discurso biológico (NUNES, 2012). Seu marco teórico concentra-se no materialismo histórico e dialético, que compreende a saúde como fenômeno social e considera a existência de inúmeros determinantes que nela interferem, tornando dinâmico o processo saúde-doença (EGRY et al., 2013).

Nesta definição, verifica-se que a entrevista como técnica de pesquisa no terreno da Saúde Coletiva deve considerar previamente uma posição do pesquisador ante as circunstâncias e a necessidade de conhecer com profundidade o que se quer desvendar, ampliando o horizonte, situando-se no momento histórico por meio de um pensamento, e não como simples derivação de uma atitude valorativa ou ideológica. Nesse sentido, destacam a possibilidade de exceder o pensamento, ampliando os limites conceituais e nos abrir ao inédito, permitindo-nos adotar uma posição contextualizada com o mundo que nos cerca e, com maior direcionamento, considerando valores culturais, sociais, econômicos e políticos (ZEMELMAN, 2006).

Partindo dessa conjuntura, a entrevista é constantemente tomada como expediente metodológico fundamental para investigar o ponto de vista dos sujeitos e apreender a experiência do outro (BRITTEN, 2009). Trabalha-se com ela quando se acredita que, para compreender certo comportamento social é preciso considerar o ponto de vista ou a perspectiva dos agentes sociais que o vivem, ou seja, o sentido que eles mesmos conferem às suas ações. Atribuem, por exemplo, às entrevistas o objetivo de melhor conhecer o que as pessoas sentem e imaginam sobre os fenômenos da saúde, permitindo que os entrevistados falem sobre os significados que eles atribuem às suas experiências de vida e da doença (FONTANELLA et al., 2006).



Para tanto, a técnica de entrevista a ser empregada na seara da Saúde Coletiva se direciona ao novo, captado na fala do entrevistado e, ousamos afirmar, é preciso o moldar-se na aplicação da entrevista, pois há a necessidade de reconhecer a singularidade do sujeito para ampliar o escopo do material qualitativo apreendido.

Verificar, porém, como indispensável o fato de, que o entrevistador perceba e esteja apto, no transcurso da entrevista, a se adaptar ao desconhecido, pois, ao entender a perfeita simbiose entre o mundo interno do sujeito e como este poderá influenciar o seu posicionamento, comportamento, ideias e opiniões que se exteriorizarão, cabe-lhe estar preparado para os possíveis percalços na abordagem ao entrevistado.

E, findando esta inferência, destacamos que a entrevista só logra concluir os objetivos da pesquisa se ocorrer previamente ou de modo simultâneo com a observação, sendo está direcionada, ou não, por um roteiro previamente estabelecido.

A reflexão se estende, ainda, para enaltecer o encontro que aqui sugerimos para o desenvolvimento da técnica, pois estamos suscetíveis à palavra que nos conduz e nos instaura como ser, o que nos direciona para a busca de uma relação que se estabelece no diálogo entre duas pessoas e propõe uma revelação vivida pela reciprocidade.

Ante o exposto, descrevemos a seguir as concepções teórico-práticas da entrevista na seara da Saúde Coletiva.

### **Técnica de entrevista**

A entrevista é comumente utilizada como instrumento metodológico privilegiado para a investigação nos estabelecimentos de atenção à saúde (BRITTEN, 2009).

Como técnica comum na coleta de dados, o pesquisador a adota com o intuito de se aproximar de um compilado de informações para ajudar no diagnóstico e/ou na resolução de uma condição de pesquisa, não captadas por meio da busca bibliográfica e da observação (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

Estabelecemos na entrevista uma comunicação com perguntas e respostas e a criação de significados com base na exploração e análise das respostas obtidas pelo entrevistado. Expressões faciais e gestos também são captados pelo entrevistador, pela oportunidade de estar com o pesquisado e estabelecer uma comunicação não verbal.

A utilização dessa técnica requer planejamento prévio e a manutenção do componente ético, desde a escolha do participante, do entrevistador, do local para realização da entrevista, do tipo de entrevista ou mesmo do momento para sua realização (BICUDO, 2006). Acrescentamos, ainda, do método utilizado para registrar as informações, se escritas, gravadas ou filmadas.

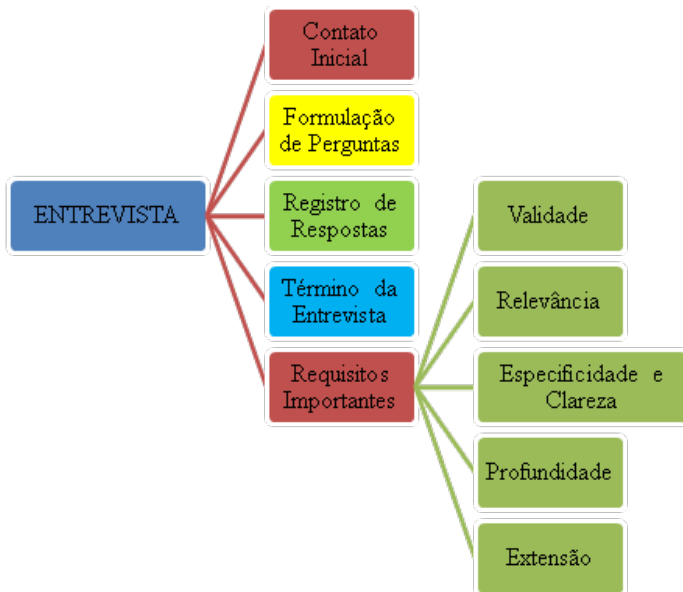
Pesquisas realizadas por meio de entrevistas, que envolvem, necessariamente, seres humanos, expressam como exigência o envio do projeto de pesquisa a um comitê de ética, devendo estar de acordo com o roteiro preconizado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Desse modo, o projeto de pesquisa atenderá as exigências éticas, implicando autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade aos participantes (BRASIL, 2012).

É primordial orientar os entrevistados sobre o objetivo da pesquisa e de como serão utilizadas as informações coletadas, bem como o direito ao sigilo e a interrupção da entrevista, se assim ele o quiser. Com efeito, somente após estas orientações e depois do livre consentimento do entrevistado e autorização expressa é que se pode iniciar a coleta (FALCÃO; TÊNIES, 2000).

Para a realização da entrevista é indicado o uso de gravador para que seja ampliado o poder de registro e captação dos elementos de comunicação de extrema importância, como pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995).

Autores ensinam que um bom entrevistador é aquele que sabe ouvir de modo ativo, demonstrando ao entrevistado que está interessado em sua fala, em suas emoções, realizando novos questionamentos, confirmando com gestos que o ouve atentamente e que naquele momento quer compreender suas palavras, mas sem influenciar seu discurso. Então, concluída a entrevista, o pesquisador não se deve esquecer de agradecer o apanhado das informações e se colocar à disposição para esclarecimentos de dúvidas ou recebimento de sugestões. Posteriormente, realizará a transcrição, de preferência em ambiente silencioso e distante da circulação de pessoas (BELEI et al., 2008).

Apresentamos, a seguir, uma sistematização da técnica de entrevista com suas respectivas etapas (Figura 1).

**Figura 1** - Representação gráfica da técnica de entrevista.

**Fonte:** Adaptado de Marconi e Lakatos (2010, p. 182-183)

Os elementos expostos nessa representação são essenciais à técnica de entrevista, contudo algumas orientações são úteis à sua prática, cabendo ao entrevistador (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

- Não tendenciar perguntas, tão menos induzir respostas.
- Não qualificar, ou seja, dar um apontamento de opinião própria.
- Evitar qualquer outro elemento, de qualquer espécie e natureza que represente obstáculo à conversação.
- Sequenciar os assuntos e temas, preferencialmente, do mais básico ao mais específico.
- Estar apto a lidar com os imprevistos por parte do entrevistado, como emoções fortes e/ou necessidade de uma fala acolhedora e orientadora.
- Manter a entrevista em tempo ideal de coleta de dados, sem causar estresse ao entrevistado.

Como toda técnica de coleta de dados, a entrevista tem suas limitações e desvantagens, o que suscita uma orientação clara do pesquisador ao escolher esta estratégia, verificando a coerência com o paradigma escolhido e com o objeto de estudo, o conhecimento e a habilidade como entrevistador.

Considerando esta premissa, trazemos ao leitores modelos de entrevistas, com as limitações e desvantagens encontradas na literatura quanto à técnica de

entrevista, que poderão auxiliar na decisão de adotar esta técnica para a coleta de dados.

## Modelos de entrevistas

As entrevistas podem ser do tipo estruturada, semi estruturada e não estruturada (MANZINI, 2004). Outros autores acrescentam um novo formato de entrevista, que se agrega às tipologias referidas, caracterizada como entrevista motivacional (MILLER; ROLNICK, 2001). Passamos a tecer considerações sobre cada modelo.

A entrevista estruturada ou formalizada se desenvolve com suporte numa relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número. Por possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, esse modelo de entrevista torna-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais (GIL, 2008).

As principais vantagens em se utilizar a entrevista estruturada estão na sua rapidez e no fato de não exigirem exaustiva preparação dos pesquisadores, o que implica custos relativamente baixos. Outra vantagem é possibilitar a análise estatística dos dados, uma vez que as respostas obtidas são padronizadas, mas isto ocasiona, em contrapartida, a não possibilidade de exame dos dados com maior profundidade.

Referindo-nos à entrevista semi estruturada, essa, em sua classificação, corresponde à entrevista por pautas, por exprimir certo grau de estruturação, pois se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso. As pautas devem ser ordenadas e guardar certa relação entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente, à medida que se reporta às pautas assinaladas (GIL, 2008).

Com relação à entrevista não-estruturada, para esse mesmo autor, este corresponde em seu conceito à entrevista informal, por se caracterizar como a menos estruturada possível e só se distingue de uma simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados. É recomendada nos estudos exploratórios, que visam a abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer visão aproximativa do problema pesquisado.

A técnica de entrevista semi estruturada guiada pelo roteiro de questões permite organização, flexibilidade e ampliação dos questionamentos, à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado (FUJISAWA, 2000).

No âmbito de reflexões da área da Saúde Coletiva, estudiosos destacam a importância da entrevista motivacional (EM), por se caracterizar como fun-

damental no auxílio à mudança de comportamentos, quaisquer que sejam. Por exemplo: fazer uma dieta, praticar exercícios físicos, tomar um medicamento regularmente, deixar de beber ou de usar drogas, usar preservativos (CASTRO; PASSOS, 2005; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2008; MELO et al., 2008).

A EM trata-se de uma técnica utilizada para ajudar o paciente a reconhecer seus problemas e, com isso, trabalhar a ambivalência quanto à sua mudança de comportamento - “mudar ou não mudar”, direcionando-o para a realização dessa mudança (MILLER; ROLNICK, 2001).

A propósito, a EM não é uma técnica que estimula os pacientes a mudarem o que não querem. Ao contrário, é uma técnica habilidosa, que estimula os pacientes a refletirem a respeito de sua saúde, a fim de despertarem interesse na mudança de seus comportamentos (ROLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Ante tal caracterização, e apesar das vantagens de cada modelo de entrevista, essas, por isso, não garantem a fidelidade dos dados e das informações. Assim, deve ser utilizada com outras técnicas de recolha de indicativos para que os resultados qualitativos esperados possam ser fidedignos, retratando o mais real possível o universo no qual está inserido o objeto da pesquisa (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

Identificamos, com base em todas as considerações acerca da técnica da entrevista em pesquisas qualitativas, e, de modo mais específico, no ambiente da Saúde Coletiva, que seu uso é recorrente, mas, por muitas vezes, é polêmico, por não ser utilizada com seu devido rigor metodológico. Assim, cabe aos pesquisadores que fazem uso dessa técnica em suas pesquisas a utilizarem de modo adequado e reconhecem o momento em que as informações expressam repetições e não contribuem com novas informações ou complementam as que já compõem o material colhido, o que se reconhece como saturação.

## Referências

- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. Efeito da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 25, n. 1, pp. 45-53, 2008.
- BELEI, R. A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; NASCIMENTO, E. N.; MATSUMOTO, P. H. V. R. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação FaE/PPGE/UFPel*. Pelotas, v. 30, jan./jun., pp. 187-199, 2008.

BICUDO, F. A entrevista-testemunho: quando o diálogo é possível. *Revista Caros Amigos*. Disponível em: <<http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos.asp?cod=333DACOO1>>. Acesso em: 17 set. 2016.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. Tradução: Rita Maria M. de Moraes. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009. p. 23-31.

BRITTO JÚNIOR, A.F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-50, 2011. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

BUBER, M. *Eu e Tu*. Tradução: Newton Aquiles Von Zuben. 2ª Ed. revista. São Paulo: Editora Morales, 1979.

CASTRO, M.M.L.D.; PASSOS, S.R.L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 6, pp. 330-335, 2005.

COZBY, P.C. Ética em pesquisa. In: COZBY, P. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo (SP): Atlas, 2003. p. 51-79.

DIAS, T.R.S; OMOTE, S. Entrevista em Educação Especial: aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Piracicaba, v. 3, pp. 93-100, 1995.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S.; OLIVEIRA, M.A.C. Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the epistemic praxis. [Internet]. *Rev Bras Enferm*, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700016&script=sci\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700016&script=sci_)>. Acesso em: 09 set. 2016.

FALCÃO, T. R.; TÉNIES, J. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v. 81, n. 198, pp. 229-243, 2000.

FLICK, W. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução: Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões aber-

tas por profissionais da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=281421864025#>>. Acesso em: 10 set. 2016.

FUJISAWA, D. S. *Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de criança: implicações na formação do fisioterapeuta*. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Júlio de Mesquita Filho. Marília. SP, 2000.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOSSNE, W.S. O CEP, o pesquisador e o relator. *Cadernos de Ética em Pesquisa*, Brasília, v. 2, n. 2, pp. 5-6, 1999.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

MANZINI, E. J. *Entrevista: definição e classificação*. Marília (SP): Unesp, 2004.

MELO, W.V.; OLIVEIRA, M.S.; ARAÚJO, R.B.; PEDROSO, R.S. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, n. 1, 2008.

MILLER, W.; ROLNICK, S. *A entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2001.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo (SP): HUCITEC, 2010.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S.; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec Editora; 2012. p. 17-37. 2.

ROLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 1, pp. 63-74, 1995.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Métodos de Pesquisa*. 5.ed. Porto Alegre (RS): Penso, 2013.

SZYMANSKI, Heloisa. Entrevista Reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: SZYMANSKI, Heloisa (Org.). *A entrevista na pesquisa em Educação: a prática reflexiva*. Brasília: Liber, p. 9-61. 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo (SP): Atlas, 1987.

ZEMELMAN, H. *El conocimiento como desafio posible*. México (DF): Instituto Pensamiento y Cultura em América Latina, 2006.



## CAPÍTULO 17

# AVALIAÇÃO CONSTRUTIVISTA NA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

*Indara Cavalcante Bezerra / Maria Salete Bessa Jorge*

*Jamine Borges de Moraes / Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho*

*Leilson Lira de Lima / Milena Lima de Paula*

A avaliação está em vários contextos da vida, seja no âmbito pessoal ou nas instituições. A todo instante alguém avalia e é submetido a processos avaliativos, por vezes não perceptíveis. O fato é que todos participam de alguma maneira de mensurações que visam a verificar resultados, alcance de objetivos, checagem de conhecimentos e outros, e, em razão deles, se organizam socialmente.

Há grande variedade de conceitos e discordâncias sobre os vários aspectos da avaliação. Para alguns autores, há consenso no fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou acerca de um de seus componentes (GUBA; LINCOLN, 2011; CONTANDRIOPOULOS, 2006; FURTADO, 2001). O objeto de uma avaliação, seja ela pública ou não, será sempre uma intervenção sobre um ou mais de seus componentes. Os efeitos da intervenção poderão ser maiores, menores ou diferentes dos objetivos que motivaram seu planejamento ou implantação e dependerão da interação complexa de seus elementos (OPAS/OMS, 2005).

Conceitualmente, Serapioni, Lopes e Silva (2013) encontraram três elementos que aproximam o conceito de avaliação, a qual emerge de um consenso internacional entre os maiores estudiosos de avaliação em saúde. Estes aspectos fundamentam os processos avaliativos e são: formar juízo de valor de uma intervenção, objetivando modificar a realidade social das comunidades; ênfase na sistematicidade e rigorosidade sobre os procedimentos de apreensão das informações; ênfase na avaliação como meio indispensável para a tomada de decisão.

Champagne et al. (2011, p.44) reuniram elementos atualmente consensuais e definiram avaliar como:

Emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Desta menção, evidenciam-se três aspectos da avaliação – técnico, referente ao diagnóstico ou pesquisa; político, relacionado à gestão; e social, pelo compromisso com a superação e a melhoria do processo avaliado (TENÓRIO; LOPES, 2010).

Em razão das diversas possibilidades de expressão do ato avaliativo, todavia, não é possível conceituá-la de modo definitivo, ao contrário, sua polissemia conceitual está enraizada a cada contexto histórico, propósitos de sua condução e suposições técnicas e teóricas que os investigadores ensejavam fazer, a depender dos espaços sociais onde estavam inseridos e da influência de suas formações e trajetórias sociais (HARTZ; SILVA, 2005; GUBA; LINCOLN, 2011). Assim, para sua compreensão, torna-se fundamental conhecer um pouco acerca de seu processo histórico e perspectivas teóricas e práticas.

Avanços e retrocessos teóricos e metodológicos no curso do tempo, contudo, foram moldando dialeticamente distintos modos de saber e fazer avaliação, cada vez mais fundamentados, esclarecidos e completos. Vale ressaltar que, apesar desse progresso, não existe um consenso estabelecido na literatura sobre seu conceito.

O interesse em avaliar as práticas sociais é habitual e antigo, no entanto, seu foco e meios de realizá-la transitaram pelas renovações ao longo do tempo. Inicialmente eram de julgamentos baseados na intuição e na opinião, sem o emprego de técnicas sistemáticas de observação, que, ao final, ensejavam juízos de valor dicotômicos e simplificados (HARTZ; SILVA, 2005).

A história moderna da avaliação em intervenções sociais começou no século XVIII, mas foi impulsionada na segunda metade século XX, na Grã-Bretanha e na França, com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de base ao pensamento científico moderno. Em decorrência, houve a expansão e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILO-DEAU, 2011), aliados ao desenvolvimento do planejamento como expediente de governo (MENDES, 2010).

Ante esse contexto, a avaliação se expressou necessária à demanda da época em determinar em que medida as transformações de caráter social em curso atingiam seus objetivos, resultando na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados. Em adição, o desenvolvimento da Epidemiologia, da Estatística e de outras ciências fomentaram a institucionalização da avaliação como instrumento de análise das condições de vida da população por meio do qual poderiam ser propostas reformas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Percebe-se, pois, que a avaliação se instituiu como prática e estratégia de governos após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Grande Guerra Mundial. O capitalismo e seu mecanismo regulador das relações sociais, influenciado pelos novos desafios e necessidades do Estado, passou a usar o planejamento como meio de alocação de recursos de modo mais eficaz. Foi neste panorama, segundo Contandriopoulos et al. (2000), que os economistas, pioneiros da avaliação, desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos dos programas públicos. Surgiu, assim, um impulso à prática avaliativa, incluindo em seu espectro funcional o julgamento da pertinência de uma intervenção antes de sua conclusão, com ênfase na informação descritiva e na medição (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nos anos 1950, o crescimento econômico levou a investimentos sociais, à emergência de novas preocupações ligadas às responsabilidades ecológicas e ao dinamismo de diversas modalidades de ativismo social. Esses e outros fatos direcionaram a avaliação à institucionalização, principalmente na perspectiva de julgamento do sucesso das políticas públicas implementadas, sobretudo, no que se referia à prestação de contas (WORTHEN; SANDERS; FRITZPATRICK, 2004). Nesse mesmo período, no âmbito da saúde em países desenvolvidos, reconheceu-se a necessidade de estudos voltados para os serviços de saúde, tanto para conhecer o atendimento prestado e seu efeito sobre a saúde e a doença, como para analisar o desempenho dos sistemas de saúde e sua influência sobre a saúde da população (NOVAES, 2000).

No Brasil, nos anos 1980, a Reforma Sanitária reivindicava a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (AROUCA, 1989), o que impulsionava a participação da comunidade nas decisões coletivas. Em meio a esse contexto, os estudos avaliativos ascenderam da análise dos custos para ser utilizado como forma de legitimação das políticas públicas, controle da qualidade e satisfação dos usuários (SERAPIONI, 2009).

Ademais, a revolução da informática facilitou o compartilhamento de conhecimentos, porém, vincularam-se reivindicações quanto à capacidade das

pesquisas em promover mudanças sociais, haja vista a não utilização dos resultados pelos decisores (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Tais críticas repercutiram em estimular avaliações que centrassem na utilização dos resultados, conforme a necessidade dos interessados, num processo de aproximação da avaliação à responsabilização e à participação social. As inquietações propunham que todos os grupos de interesse colocados em risco por uma avaliação tinham o direito de apresentar suas reivindicações, preocupações e questões para que fossem consideradas, independentemente dos sistemas de valores que adotassem (GUBA; LINCOLN, 2011).

Ascendia, também, a necessidade de uma avaliação mais útil, que transcendesse o caráter fiscalizador (PATTON, 1997). Nesse sentido, Penna Firme (2003) exalta quatro critérios de excelência como dimensões avaliativas voltadas para as transformações da sociedade: utilidade, viabilidade, ética e precisão. Com efeito, a avaliação necessita ser útil, considerar aspectos políticos, práticos e de custo-efetividade, respeitar os valores dos interessados e ter precisão quanto às dimensões técnicas do processo.

Patton (1997) destaca a importância de desenvolver um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção da saúde: as políticas, a capacidade organizacional, as relações interpessoais, o trabalho interdisciplinar, a escuta dos usuários, dentre outros, sempre atentos para a função da pesquisa avaliativa, no sentido de que seus resultados e recomendações sejam aplicados na prática.

Essa compreensão, no entanto, foi constituída e reconstituída ao longo das quatro gerações propostas por Guba e Lincoln (2011), caracterizadas, respectivamente pela mensuração, descrição, julgamento e negociação. A delimitação dessas gerações retrata as mudanças de ordem teórico-conceituais e políticas que tiveram curso, e ainda têm, na configuração e legitimação do campo, como também representam sua polissemia e tensões.

Guba e Lincoln (2011), como resultado, propuseram uma abordagem alternativa, denominada de avaliação construtivista responsiva. Esse novo enfoque, compreendido como quarta geração da avaliação, preocupa-se com o envolvimento dos interessados, em um processo interativo e negociado, na perspectiva de superação dos limites diagnosticados na pesquisa avaliativa, por via da ação conjunta, cooperativa e comprometida de todos os envolvidos no processo em foco. Assim, a verdade passa a ser estabelecida pelo investigador e pelo investigado de modo que os achados da investigação se instituem no âmbito dessa busca, mesmo que não se alcance plenamente o consenso.

A abordagem construtivista quebra a ideia de uma verdade absoluta e padrão único e universal de avaliação, de modo que a preocupação recai sob a

incorporação dos agentes interessados na definição dos parâmetros, possibilitando uma abertura maior para outras perspectivas sobre a realidade.

De acordo com Laperrière e Zúñiga (2007), toda avaliação participativa é perpassada por uma ideia que contém valores, aspirações e esperanças que dinamizam a ação, e pela ação transformadora em si, que desencadeia no avaliador a pressão ética de tomar consciência de seus valores, que sustentam a própria elaboração metodológica da avaliação. Esses autores propõem a participação do coletivo de agentes envolvido em todas as etapas das avaliações, desde a definição de metas e de meios, até a formação de estratégias de coleta e de análise de informações e elaboração dos relatórios, constituindo um espaço de mediação, em que participantes atuaram como agentes multiplicadores e de contato.

A avaliação participativa com enfoque construtivista possibilita compreender as relações entre os componentes de uma intervenção e a conjuntura em que se desenrola. **É possível perceber um aumento significativo das abordagens qualitativas**, construcionistas e participativas nas últimas duas décadas, causando influxo na ampliação das reflexões sobre os diferentes contextos e implicações da avaliação. É importante salientar, porém, que o paradigma positivista ainda tem bom desempenho no terreno das pesquisas.

As idéias de Contandriopoulos (2006), relacionadas às metodologias participativas despertam novos desafios para a seara das pesquisas avaliativas. Tais metodologias envolvem desde a necessidade de uma preparação pessoal e coletiva, um aprendizado das modalidades de participação, pressupondo a formação de consensos e tomada de decisões conjuntamente. Deve-se, portanto, ultrapassar as descrições e o aprimoramento metodológico e contribuir para a solução de problemas e melhoria da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais.

Nesse sentido, há uma circulação diferenciada do poder, o pesquisador (avaliador) não é visto como um experto, mas alguém que compartilha, negocia com os agentes envolvidos na avaliação.

O Ministério da Saúde desenvolveu iniciativas para a implementação de uma cultura avaliativa nas instâncias gestoras do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, seus órgãos colegiados e a visão do profissional que presta serviço à população nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006).

A vantagem do emprego desta metodologia avaliativa recai sobre o compartilhamento de poder, julgamento e decisão a todos os envolvidos, passando a ser constituído coletivamente, com base numa interatividade de negociação en-

tre o avaliador/pesquisador e os grupos de interesse/participantes, envolvendo contextos físicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais (GUBA; LINCOLN, 2011).

**É importante destacar o lugar da avaliação no fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa no SUS. É fundamental, entretanto, identificar a sua capacidade de endossar práticas preexistentes. Por isso, a participação de todo o coletivo implicado na busca de uma melhor interação e bom diálogo.**

Compreender a fundo esses conceitos consiste em uma arma poderosa para gerir, de modo produtivo, os serviços de saúde, enfrentando um dos seus problemas mais assoladores, como a falta de recursos e gestão deficientes. Essa característica confere à temática uma posição de destaque, dando ainda um caráter contemporâneo a essa conjunção de problemas.

## Referências

AROUCA, A. S. Apresentação 4ª capa. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo (SP): Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. 232p.

BRASIL. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

CHAMPAGNE, F; et al. A avaliação como campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTRANDRIOPOULOS, A. P., HARTZ, Z. (Org.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.

DUBOIS, C. A., CHAMPAGNE, F., BILODEAU, H. História da avaliação. In: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTRANDRIOPOULOS, A. P., HARTZ, Z. (Org.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2011.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências e saúde coletiva**, v. 6, n. 1, pp. 165-181, 2001.

**GUBA, E; LINCOLN, Y.** *Avaliação de quarta geração.* **Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2011.**

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2005. 275p.

LAPERRIÈRE, H.; ZÚÑIGA, R. Cuando la comunidad guia la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicologia & Sociedade*, vol. 19, n. 3, pp. 39-45, 2007.

MENDES, A. C. G. *A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências.* Recife (PE): Editora Universitária da UFPE; 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OPAS/OMS. *Avaliação Da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation.* Thousand Oaks (CA): Sage, 1997.

PENNA FIRME, T. *Avaliação em rede.* São Paulo (SP): RITS - Rede de informações para o terceiro setor, 2003.

SERAPIONI, M.; LOPES, M.N.C.; SILVA, M. G. C. Avaliação em saúde, in ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C (org.) *Epidemiologia & saúde.* Rio de Janeiro (RJ): MedBook, pp. 533-57, 2013.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v 85, p. 65-82, 2009.

TENÓRIO, R. M.; LOPES, U.M. (Org.). *Avaliação e gestão: teorias e práticas.* Salvador (BA): EDUFBA, 2010. 414 p.

WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. *Avaliação de programas: concepções e práticas.* São Paulo (SP): Editora Gente, 2004.





## CAPÍTULO 18

# CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA HERMENÊUTICA FENOMENOLÓGICA DE PAUL RICOEUR

*Daniella Barbosa Campos / Isabella Lima Barbosa*

*Indara Cavalcante Bezerra / Benjamin Lopes da Silva Neto*

*Paula Caroline Rodrigues de Castro / Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos*

Este capítulo reporta-se sobre a Hermenêutica e suas contribuições à pesquisa fenomenológica, a qual está compreendida como teoria ou filosofia interpretativa, capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que sua mera aparência ou superficialidade. A hermenêutica busca aprofundar o sentido além daquilo que aparentemente está exposto. Sua condição permite vivenciar, por meio da interpretação, os significados com base no diálogo com o mundo (SILVA, 2014).

O termo Hermenêutica, na Filosofia grega, expressa a arte de interpretar. Para Gadamer, a interpretação é uma atitude imanente (que permanece no), quer dizer não-objetivante que não procura, mediante um observador estabelecer fatos, mas busca entender a estrutura de sentido, o que fica escondido nessas estruturas (WOLFGANG, 2008); busca a identificação do significado, o qual é fundamental na descrição da experiência e tem por objetivo alcançar uma teoria da interpretação do ser. É uma ação de compreender, de entender um texto e de alcançar o que outra pessoa quer expressar. Ricoeur busca um “método reflexivo” que esclareça a existência e elucide “seu sentido” (RICOEUR, 2008).

Por fenomenologia compreende-se a corrente filosófica constituída por Edmundo Husserl, que parte das situações experienciadas pelos sujeitos. Esta corrente se desenvolveu nos primeiros anos do século XX, após a conferência de Husserl, em Paris, em 1929, e sua influência estendeu-se por toda a Europa (CAPRARA; VERAS, 2005).

Gomes (2012) (*apud* Schramm, 2002) classifica os modelos de her-

menêutica e enfatiza a abordagem de Guilherme Dilthey, que propôs a Hermenêutica metodológica voltada para uma interpretação científica e sistemática. A Hermenêutica filosófica, de Heidegger e Gadamer não prioriza a interpretação, mas evidencia a compreensão existencial percebida como feito de ser-no-mundo em vez de uma modalidade de conhecimento. Posteriormente, com base em Habermas, afluíram a Hermenêutica Crítica, que propõe uma reconstituição compreensiva entre as bases sociais do discurso e a compreensão intersubjetiva.

Por fim, a Hermenêutica Fenomenológica, de Paul Ricoeur, sugere uma articulação das várias teorias da Hermenêutica, que considera a determinação reconstrutiva do sentido objetivo e da apropriação existencial do sentido tradicional, funcionando em diferentes níveis estratégicos (BLEICHER, 1992). É assim, pelo de compreensão que possibilita entender o significado da experiência vivida, pois, em sua interpretação, Ricoeur propõe não uma interpretação da intenção do autor, mas a compreensão do sentido do texto (CAVALCANTE, 2012).

Caprara (2003) destaca que a perspectiva hermenêutica (arte da interpretação) reconhece que as pessoas, além de seres biológicos, são sujeitos que refletem e vivenciam uma experiência subjetiva da doença.

Com efeito, a análise interpretativa, baseada na teoria de Ricoeur, prevê o processo analítico seguido pelo distanciamento, apropriação, explicação e compreensão do universo empírico, ou seja, a interpretação hermenêutica propõe reflexões acerca da experiência estética e coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos (distanciamento, apropriação, explicação, compreensão) (RICOEUR; 1995, 2000).

O distanciamento tem como objetivo superar as intenções do autor no texto durante a leitura, obtendo várias interpretações à luz de variadas tradições sociopolíticas, históricas e culturais. No distanciamento, a objetivação do texto reduz a intenção do autor, eliminando a ideia de que exista uma só modalidade de compreensão. Um texto tem vários significados e as pessoas interpretam o mesmo escrito diferentemente. O distanciamento produz a objetivação do texto libertando-o do seu autor e de suas intenções, fornecendo uma vida própria. O distanciamento não é imposto metodologicamente, ao contrário, é um aspecto constitutivo da sua transformação na escrita por meio da fixação da língua falada em língua escrita (RICOEUR, 1995; CAPRARA; VERAS, 2005; GEANELLOS, 1998).

A apropriação ocorre quando o leitor toma conta do seu significado e o transforma em algo seu. É quando ele entra no mundo da obra por via da imaginação, e transforma o significado do texto em algo familiar, próprio (SCHMIDT, 2012; CAPRARA; VERAS, 2005).

A explicação é o desenvolvimento do conjunto de proposições e significados, fundamentada nos fatos compartilhados das palavras e códigos. A compreensão refere-se à cadeia de significados parciais em um ato de síntese, uma vez que, para interpretar o todo, é necessária a compreensão das partes (SCHMIDT, 2012).

Nesse sentido, Geanellos (2000) aponta que a explicação e o entendimento de um texto se iniciam pela primeira leitura, que permite a compreensão do todo, para depois passar a uma leitura e compreensão mais aprofundadas de suas partes e da relação das partes com o todo. A primeira leitura permite a constituição de uma expectativa inicial do significado do texto, o que poderá ou não ser confirmado ao longo da interpretação. É com suporte num contínuo movimento entre as partes e o todo que a interpretação se aprofunda, permitindo ir além do que o “texto diz” (explicação) para alcançar sobre o que “texto fala” (compreensão). Schmidt (2012) exprime a ideia de que a compreensão madura resulta do movimento da explicação para compreender.

Com efeito, a interpretação não procura identificar as intenções do autor, mas entender os sentidos do texto, propiciando o desenvolvimento do conhecimento intersubjetivo - “fusão dos horizontes” (RICOEUR, 1995).

A finalidade da Hermenêutica é alcançar uma teoria da interpretação do ser. Por isso, Paul Ricoeur busca um “método reflexivo” que esclarece a existência e elucida “seu sentido”. Em seu método reflexivo, entende-se que compreender e explicar não se excluem, mas se completam. Sozinha, a explicação restringe o sentido em sua riqueza, pois exila a obra a uma simples estrutura. Esta serve apenas como intermediária para o discurso; com anáfora é que se tem a compreensão (SILVA, 2016).

A Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricoeur, visando a constituir e reconstituir a realidade vivenciada por meio da interpretação e confronto de pressupostos diversos dos sujeitos do estudo, articula o referencial teórico com as narrativas.

Seguindo esse caminho, Geanellos (2000) destaca que a interpretação ricoeuriana se dá em etapas, cuja vivência é demonstrada por via da linguagem, expressa por meio de entrevistas, transformadas em textos e interpretadas.

**Figura 1:** representação gráfica das etapas de análise pela Hermenêutica Fenomenológica.



**Fonte:** Geanellos (2000).

Schmidt (2012) ressalta que a análise estrutural de um texto é um passo necessário entre a interpretação ingênua e a crítica e profunda de um texto. A teoria interpretativa de Ricoeur (1989) enseja a compreensão do expresso e do não expresso no discurso. A interpretação simples e profunda favorece o entendimento das partes do texto em relação ao todo e vice-versa, facilitando a reflexão sobre os mais variados temas. Como diálogo intersubjetivo, o significado de um texto não se esgota no próprio texto, ou seja, um novo intérprete será capaz de conceder significados diferentes, tornando inesgotável sua potencialidade de significados (PESSOA, 2013).

Com suporte numa conexão com o vivido, o método reflexivo está ancorado na dialética entre explicação e compreensão. Ao se utilizar essa perspectiva analítica, enseja-se alcançar o centro da abordagem hermenêutica que está na compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados e tentando clarear o que é confuso, escondido e fragmentado.

## Referências

BLEICHER, J. *Hermenêutica Contemporânea*. Tradução: Maria Georgina Segurado. Lisboa: Edições 70, 1992.

CAPRARA, A; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.16, 131-146, 2005.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, pp. 923-31, 2003.

CAVALCANTE, C. M. *Cuidado de crianças com diagnóstico de tda/h: articulações entre família, escola e profissional de saúde mental*. Dissertação. Mestrado Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2012. 162p.

GEANELLOS, R. Hermeneutic Philosophy. Part I: implications of its use as methodology in interpretive nursing research. *Nurs. Inq. Melbourne*, v.5, p. 154-163, 1998.

\_\_\_\_\_. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs. Inq. Melbourne*, v. 7, p.112-119, 2000.

GOMES, Marcelo Bolshaw. Hermenêutica e Comunicação – Apontamentos para uma teoria narrativa da mídia. *Revista de Comunicação midiática*, v 7, n 2, p. 26, 2012.

PESSOA, V.M; et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, Aug. 2013.

RICOEUR, P. *Do texto à ação*. Porto: Rés Editora, 1989.

\_\_\_\_\_. *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

\_\_\_\_\_. Narratividade, fenomenologia y hermenêutica. *Análisi*, v 25, p. 189-207, 2000.

\_\_\_\_\_. *Hermenêutica e ideologias*. Organização, tradução e apresentação de Hilton Japiassu. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2008.

SCHMIDT, L. K. *Hermenêutica*. Tradução: Fabio Ribeiro. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

SILVA, L.D.F; et al. *Cuidado em Enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 54, p. 578-588, out-dez. 2001

SILVA, G. R.; REIS, H. F. T.; SANTOS, E. M.; SOUZA, M. P. A.; AZEVEDO, R. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. *Cogitare Enferm.* Abr/jun, v.21, n.2, p. 01-08, 2016.

WOLFGANG, Röd. *O caminho da Filosofia II*. EDU-UNB: Brasília, 2008.

## CAPÍTULO 19

# ANÁLISE HERMÊUTICA FENOMENOLÓGICA DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E EM USO E CONSUMO DE CRACK

*Leilson Lira de Lima / Ilana Farias Andrade de Moura*

*Maria Rocineide Ferreira da Silva / Indara Cavalcante Bezerra*

*Jhennifer de Souza Góis*

Este capítulo é produto de pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre Drogas, Acolhimento e Redução de Danos (NIAD) que acontece na Universidade Estadual do Ceará. Essas investigações nos permitiram descrever um universo de significações, (re)constituir e (re)produzir as experiências e as ações vividas dos diversos agentes protagonistas em serviços de atenção psicossocial e, com base nisso, tornar possível esclarecer as microestruturas do cotidiano, dos laços sociais locais e, por conseguinte, das práticas de cuidado desenvolvidas para e por esses sujeitos.

Dessa maneira, com o intuito de contribuir com as discussões epistemológicas da pesquisa qualitativa, tomamos como objeto teórico-analítico as práticas de cuidado. No *corpus* deste módulo essas práticas de cuidado são problematizadas por meio de duas dimensões. A primeira envolve as evidências produzidas com a investigação: os dados oriundos das narrativas de pesquisadores e interlocutores. Já a segunda dimensão relaciona-se com a importância da Hermenêutica Fenomenológica para a descrição de contextos e realidades e, por conseguinte, para a (re)constituição teórico-analítica das práticas de cuidado.

As reflexões que serão aqui tecidas, portanto, conduzem não somente ao reconhecimento de um universo de significações elaborado por agentes sociais, do qual emanam inventividades, resistências, normatividades, saberes e culturas relacionados às práticas de cuidado na atenção psicossocial, mas também a

pensar maneiras de produção de dados qualitativos por meio da dinâmica de observar, interpretar e compreender possibilitada pela Hermenêutica Fenomenológica.

## Introdução

Com a chegada do *crack* ao Brasil e sua difusão nos grandes centros urbanos, muitas discussões são operadas sobre políticas, serviços destinados ao atendimento de usuários, combate ao tráfico, criminalidade e mortes por violência. Assim, o *crack* é entendido como um “[...] problema social e de saúde pública” e deve ser respondido com ações de tratamento aos seus usuários.

A pedra sobra do refinamento da cocaína e, como é conhecido popularmente, o *crack*, é produzido com base no cloridrato de cocaína dissolvido na água e aquecido com bicarbonato de sódio e com adição de substâncias tóxicas como ácido sulfúrico, querosene, gasolina, entre outras (SAPORI, 2010; FRANCO NETO, 2013). Desse preparo sobressai uma droga barata e de fácil comercialização, o que lhe permitiu uma rápida disseminação.

Estudos apontam para a associação entre o uso de *crack* e o surgimento de transtornos psiquiátricos, tais como depressão, transtornos psicóticos e suicídio, além de relacionarem a droga com atos infracionais e de violência (SILVA et al., 2010; MERCHÁN-HAMANN et al., 2012; LEAL et al., 2012; DOMENECH, 2012; ALMEIDA; FLORES; SCHEFER, 2013).

A Política Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) demarcou avanços no cuidado aos usuários de drogas, sobretudo por ter criado os centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) como espaços prioritários para esses cuidados.

Serviços resultantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e que privilegiam atenção diária de base territorial, os CAPSad são em número insuficiente para o acolhimento da demanda, baixa oferta de atendimento 24 horas, estrutura física e recursos materiais precários e profissionais com vínculos de trabalho fragilizados (MORAES, 2008; ALVES, 2009; COSTA et al., 2015). Além disso, ainda convivem com a forte influência do modelo biomédico e suas práticas “medicamentais” centradas na abstinência (BEZERRA et al., 2014; MORAES, 2008; SCHNEIDER, 2013; PASSOS; SOUZA, 2011; LIMA et al., 2013a; 2013b; SILVA; DELDUQUE, 2015; COSTA et al., 2015).

Isso faz os CAPSad direcionarem as pessoas em uso e consumo de *crack* às modalidades privativas de liberdade em hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas, a fim de atender às demandas e necessidades produzidas ou



não em suas experiências com a droga. Além disso, inexistem de intersectorialidade de serviços socio-assistenciais e de saúde.

Nesse sentido, este estudo se organizou nesse emaranhado sociocultural, num processo que envolve a apreensão nos contextos locais das experiências, subjetividades, relações, organização do cuidado, das configurações de vida, das economias. Com isso, ao situar o cuidado como produto epistemológico e social, este capítulo contribui para as discussões e reflexões sobre o *crack*, seus usuários e seus contextos; isto porque ele traz discussões necessárias à ciência, ao estudo das drogas, principalmente sobre aquilo que se evidencia sobre essa droga ilícita. No campo da saúde, por exemplo, esta tese contrapõe-se à maioria dos estudos quantitativos nacionais (RODRÍGUEZ et al., 2009; FUNES et al., 2009; CID-MONCKTON; PEDRÃO, 2011) e internacionais (FUNES et al., 2009; ORSI et al., 2014) que determinam fatores de risco para o uso de drogas ou que estabelecem correlações entre esse emprego e o desequilíbrio biopsicossocial (SCHEFER; PASA; ALMEIDA, 2010; MERCHÁN-HAMANN et al., 2012; LEAL et al., 2012; DOMENECH, 2012; ALMEIDA; FLORES; SCHEFER, 2013; RODRIGUES et al., 2013).

Ante aos aspectos apontados, este segmento do livro possui o objetivo de compreender o cuidado às pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack* na atenção psicossocial, sobretudo nos CAPSad. Para tanto, seu objeto de análise recai sobre os cuidados e descuidos, a fragmentação assistencial e as articulações na rede de apoio formal e informal para o cuidado às pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*.

## Método

Neste estudo, a opção se deu pela investigação qualitativa, baseada na Hermenêutica Fenomenológica, de Paul Ricoeur (1989). Centra-se, portanto, na compreensão das narrativas e procura entender a pluralidade de sentidos e significados latentes nas falas dos interlocutores.

Entendemos que a narrativa resulta da inter-relação das forças sociais e seus fluxos sócio-históricos. Assim sendo, a passagem do diálogo ao texto é permeada por características sócio-históricas que localizam um contexto, o que abre a narrativa à interpretação, ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Articula, portanto, relações de poder, políticas, marcas identitárias, ideologias, realidades da vida cotidiana que denotam a complexa relação entre texto, narrativa e discurso (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008).

No sentido de demonstrar tais relações no fenômeno estudado, recorreremos à entrevista em profundidade, com pergunta inicial de caráter concreto, factual e

relacionada às experiências cotidianas dos adolescentes e familiares (MINAYO, 2008). Gradativamente, outras perguntas, que envolviam reflexões mais abstratas e julgamentos, foram acrescentadas, a fim de ir além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente relatado (SILVA, 2005).

A coleta de dados ocorreu em dois centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad), do tipo II, da Cidade de Fortaleza-CE. No que diz respeito ao atendimento aos usuários de drogas em Fortaleza, a cidade conta com seis CAPS ad, sendo dois do tipo III (24 horas), uma unidade de desintoxicação e uma de acolhimento para abrigo e proteção de pessoas em situação de rua em uso ou não de substância.

Desse modo, os locus da pesquisa foram dois CAPSad, os quais também acompanham pessoas em situação de rua e em uso e consumo de drogas por meio de atendimento individual e grupo. Elegemos trabalhadores de saúde que prestam cuidados diretos e estão nos serviços há mais de seis meses. Como critérios de inclusão, indicamos trabalhadores que estavam de férias ou de licença e trabalhadores que também atuavam como coordenadores dos serviços.

Sendo assim, as narrativas dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado às pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack* componentes deste estudo emergiram das experiências e vivências de nove interlocutores: três enfermeiras, uma assistente social, uma médica, dois psicólogos e duas técnicas de Enfermagem.

Para a análise interpretativa, escolhemos a análise de narrativas baseada na teoria de Ricouer (1989), a qual prevê que o processo analítico diz respeito ao distanciamento, apropriação, explicação e compreensão das experiências vividas pelos adolescentes e seus familiares em cinco etapas: transcrição das entrevistas em texto; distanciamento “distanciamento”, interpretação superficial; análise estrutural e compreensão abrangente do texto, denominada de interpretação profunda (GEANELLOS, 2000).

Com base no material constituído com esteio no diálogo entre pesquisadores e seus interlocutores, procedemos à aproximação com o texto por meio de leituras entre as várias narrativas e seus elementos (enredo e delineamento apontado pelos interlocutores) a fim de estabelecer unidades de sentidos e significados (PAULA et al., 2017).

Ressaltamos o fato de que os diálogos aconteceram dos meses de janeiro a julho de 2017, após envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que o avaliou conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e lhe forneceu parecer favorável, com número de 1.235.360. A fim de evitar a identificação dos participantes, os serviços foram renomeados com a sigla seguida das duas primeiras letras do

alfabeto. E com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os trechos das narrativas transcritos foram identificados pela categoria profissional abreviada seguida da sigla CAPSad de atuação, por exemplo Enf<sup>a</sup> CAPSad.

## Resultados e discussão

Com origem na análise realizada, surgiram as seguintes categorias “(Des)cuidados e fragmentação assistencial na atenção psicossocial das pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*” e “Articulações na rede de apoio formal e informal para o cuidado às pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*”, as quais refletem as práticas de cuidado em dois serviços de atenção psicossocial à essa população no Município de Fortaleza, Ceará.

### “(Des)cuidados” e fragmentação assistencial na atenção psicossocial das pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*

Têm ressaltos nesta categoria as relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e as pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*. As narrativas revelam ações de cuidado que visam ao reestabelecimento da saúde e ao atendimento de algumas necessidades psicossociais. Elas também caracterizam, contudo, parte dessas ações e atendimento como práticas voltadas somente ao corpo, tendo a abstinência como objetivo principal.

Como feito de pontuarmos o não atendimento às reais demandas das pessoas em situação de rua e em uso e consumo de *crack*, as narrativas dos interlocutores ou desconsideram a redução de danos como prática de cuidado ou não tem conhecimento dos conceitos e práticas a ela associadas. Além disso, as ações se limitam ao espaço físico do serviço, o que descontextualiza sujeitos, ao promoverem o distanciamento da intersetorialidade.

Observamos, assim, durante toda a coleta de dados, que os serviços oferecem escuta aos usuários e à família, com momentos para que eles expressem dúvidas e aflições e que reconheçam os locais onde podem ser acolhidos e acompanhados. Com apoio na nossa vivência nessas realidades, também apreendemos que muitos usuários compreendem o CAPSad como maneira de conseguir encaminhamentos para outros serviços.

As narrativas revelam que, no geral, o acolhimento no CAPSad configura-se como modalidade de entrada no sistema de saúde para responder às necessi-

dades corporais dos usuários em situação de rua e em uso e consumo de crack: *Aqui a gente acolhe eles, faz a avaliação inicial e na avaliação inicial a gente monta o PTS deles, projeto terapêutico singular (...). Às vezes chega um paciente que precisa ir primeiro pra um hospital, desintoxicar, a gente faz isso; às vezes não precisa, mas precisa de atendimento intensivo que é pra passar o dia todo aqui no CAPS. (Tec. Enf<sup>a</sup> CAPSad A). Agora os da rua procuram mais pra internamento, geralmente vem um aqui pra procurar já quando tá no extremo, não pode voltar pra casa, por casa que tá devendo drogas. (Enf<sup>a</sup> CAPSad A)*

Como podemos perceber, o CAPSad em questão funciona como o meio pelo qual os usuários conseguem internação para realizar desintoxicação. Nesse sentido, os interlocutores referenciam o hospital como veículo para realizar esse atendimento. Chama a atenção o fato de os trabalhadores de saúde não citarem os dois CAPSad tipo III e a unidade de desintoxicação como locais de atendimentos a essa demanda. Fica a compreensão do paradoxo entre o que trata a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) e o que revelam os trechos das narrativas reproduzidos.

Há, portanto, a preservação do discurso hospitalocêntrico expresso sobre a atenção psicossocial, uma vez que agentes sociais inseridos no modelo psicossocial enfocam internações hospitalares como atendimento às necessidades das pessoas em uso e consumo de *crack*. Isso remete às modalidades de isolamento do usuário do seu convívio social, à objetificação desses sujeitos e, como destacam Costa et al. (2015), à associação entre transtornos de saúde mental e abuso de drogas.

Não intentamos reduzir a abordagem do uso de drogas aos CAPSad, mas o caso é de pensar estratégias de cuidado transpostas à internação e ao isolamento e consolidar políticas públicas estabelecidas ao longo dos últimos dez anos sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Isso implica que há a necessidade de fortalecimento de uma rede de serviços de saúde ampliada e diversificada, entre os serviços de saúde e socioassistenciais (BRASIL, 2003; MORAES, 2008; ALVES, 2009; COSTA et al., 2015), e com ênfase no atendimento às várias demandas das pessoas em uso e consumo de *crack*: suas questões sociais e de saúde, como emagrecimento, desnutrição, intoxicações, crises de abstinência, adoecimentos físicos e mentais, pobreza e vulnerabilidades, fome, perdas de vínculos e exposição a agressões.

Outra problemática recorrente nas narrativas relaciona-se com a coexistência de práticas de cuidado e práticas de que se distanciam das subjetividades dos sujeitos em uso e consumo de *crack*. Os interlocutores descrevem práticas articuladoras de um conjunto de ações resultantes da discussão e da elaboração coletiva entre equipe e usuário, como o projeto terapêutico singular (PTS):

Aqui no CAPS (...) o atendimento ofertado aqui ele é (...) voluntário e aberto ao público (...) ele [o usuário] vai ser acolhido, passa pela avaliação, e nessa avaliação vai ser encaminhado ou pro atendimento médico e encaminhado ou não para os grupos terapêuticos (Med.CAPSad A)

Por outro lado, também são descritas e observadas práticas voltadas apenas ao corpo em adoecimento, baseadas na ideia de cura, oriundas do modelo biomédico, o que desconsidera necessidades, expectativas, crenças e contextos sociais:

*“E aí dentro, dentro dessa consulta médica, a gente conversa, passa, prescreve medicação”* (Med CAPSad B).

Em conformidade com esses resultados, Moraes (2008) evidencia que a medicação representa controle sobre o uso de drogas e é importante ritual entre os profissionais de saúde. Ela se caracteriza como prática ordinária no tratamento e existe nas relações entre os agentes sociais, dando sentido à realidade vivida.

A influência do modelo biomédico também é desvelada nas narrativas ao expressarem a dualidade entre abstinência e redução de danos. Ainda que a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) tenha como eixo norteador de cuidado em todos os serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) a redução de danos, os interlocutores enunciam discordâncias:

*“Eu não concordo muito com a redução de danos. Existem alguns estudos que mostram que muitos pacientes não se dão muito bem com a questão da redução de danos”,* incompreensões: *“A questão da redução de danos, aqui (...) é uma coisa muito solta ainda”* (Ass. Social CAPSad A) e desconhecimento sobre esta estratégia de cuidado: *“Redução de danos é quando você consegue ter o controle daquilo que você usa e não aquilo ter o controle sobre você”* (Psi. CAPSad B).

As narrativas não atentam para a necessidade de se compreender quem é o usuário de drogas do CAPSad, para assim propor o modelo de tratamento mais adequado às suas características e necessidades: *“Esses pacientes eles vivem muitos em situação de rua, muitos vivem em uma situação (...) um vínculo social fraco e às vezes quando você fala sobre reduzir danos ao paciente e não explica isso muito bem ao paciente, o paciente entende que a redução de danos é simplesmente diminuir o uso”*. O que há nelas são ‘atravessamentos’ dos modelos de abordagem às drogas, em que são tomadas como práticas consolidadas a clínica da cura e da abstinência e a negação da redução de danos como prática de cuidado (LIMA et al., 2013; 2013b; COSTA et al., 2015).

A preocupação e o reconhecimento da temática das drogas, em especial do *crack*, como um problema de saúde pública, não devem se refletir somente na atual política, que consiste na redução da demanda, da oferta de drogas e dos danos (SCHNEIDER, 2013), mas também nas práticas de cuidado, proporcionando a liberdade de escolha da pessoa e estabelecimento do cotidiano de uma rede de cuidados que possa abranger prevenção, tratamento e reinserção social.

Além disso, é importante destacar a fragmentação assistencial. A ausência de intersetorialidade e a desresponsabilização de algumas demandas dos usuários também fazem parte nas narrativas: “SUAS [Sistema Unificado de Assistência Social] ouvi falar quando eu estudava. Aqui nós temos duas assistentes sociais. Eles procuram muito o serviço social quando eles estão em situação de vulnerabilidade, que é por exemplo, quando eles são jurados de morte, família expulsou de casa, e eles procuram mais em questão de ‘ai, eu quero me internar numa unidade terapêutica!’, entendeu? As assistentes sociais daqui são muito ligadas nisso, eu não sou muito, porque eu sou enfermeira e minha área é outra” (Enf. CAPSad B).

Essa fragmentação assistencial produz a desconsideração de características contextuais fundamentais da população em circunstância de rua e em uso e consumo de *crack*. Percebe-se, com efeito, que, na realidade pesquisada, o atendimento é limitado e desvinculado das necessidades dessa população. Como ressaltam Dimenstein e Liberato (2011), a falta de integralidade e de intersetorialidade produz efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas, além da promoção de uma rede restrita que se retroalimenta, causando a estagnação do fluxo nas redes de atenção.

### **Articulações na rede de apoio formal e informal para o cuidado às pessoas em situação de rua e consumo de *crack***

Nessa categoria, discutiremos modos de cuidado articulados desde a rede de apoio formal e informal às pessoas em situação de rua e em uso de *crack*. Essas vivem em extrema pobreza e demandam cuidado não apenas de saúde, mas de vida, também.

Compreendem-se como rede formal os espaços institucionais, que, por vezes, possuem cuidado limitado, haja vista as diversas necessidades expressas pelos usuários. E estes, em situações variadas, buscam apoio da rede informal para atender tais demandas.

Entendemos como rede de apoio informal todas as instituições não governamentais, familiares, vizinhos, amigos, comerciantes, entidades civis, instituições religiosas, dentre outras, que oferecem suporte aos usuários nos seus variados processos.

As narrativas relatam que “o CAPS *propõe realizar atividades de acompanhamento terapêutico e promoção à saúde, prevenção ao uso problemático de substâncias. As ações desenvolvidas são ações coletivas e individuais. As ações são através de grupos terapêuticos, grupos de redução de danos, grupos de autocuidado, grupo de direitos sociais, grupos da família, grupos de futsal, grupos de terapia ocupacional, psicoterapia, terapia comunitária*” (Enf<sup>a</sup> CAPSad A). Revela, ainda, que as diversas modalidades de cuidado são realizadas pelo serviço dos atendimentos em grupo, e demonstra que ela busca abranger a pessoa e seus pares, além de utilizar atividades físicas como modo de ressocialização e integração do usuário.

O CAPS se constitui como serviço substitutivo ao modelo manicomial e, assim, demanda configurações de cuidado que deem autonomia ao usuário, respeito, escolha do seu tipo de tratamento. Conforme Ayres (2004), a interação terapêutica utiliza-se das tecnologias dura e leves-duras, porém não se limitam apenas a elas. É necessário considerar as maneiras de viver de cada pessoa e combinar o uso de tecnologias para transformar realidades, no entanto, sem desprezar os saberes, valores pessoais e as crenças que o usuário carrega.

Dentre os meios de cuidado, os grupos terapêuticos contribuem promovendo o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes, além de serem espaços de troca de saberes, tratamento e reinserção social (MONTEIRO; LOYOLA, 2009).

Os interlocutores abordam as relações com os territórios destacando a implementação do projeto “*Papo Cabeça*” como forma de criação de vínculo com os adolescentes e a comunidade onde estão inseridos, utilizando de diálogos para conscientizar sobre os danos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como orientação com intuito de prevenção ao uso de drogas “*a relação com território através do Projeto Papo Cabeça [voltado para os adolescentes, para prevenção], terapia comunitária, direitos sociais e grupo aberto que induz a autonomia do paciente*” (Psi CAPSad B). A narrativa revela que a inclusão da rede territorial do usuário é de fundamental importância para a constituição do projeto terapêutico singular, buscando assim a reinserção social, a cidadania e a valorização dos projetos exibidos pelo serviço.

Considerando que o trabalho em saúde se faz de maneira viva, os trabalhadores necessitam compreender o território, o seu dinamismo, as redes de cuidado existentes nele, para atuar efetivamente. Uma concepção de saúde fica muito limitada se não faz uma costura entre o planejamento e a prática cotidiana, entre o pensamento, a ação e a vida no campo. Nesse contexto, é fundamental pensar a saúde sob a perspectiva da integralidade, ampliando a compreensão sobre as

maneiras de cuidar ao incluir as redes não formais do usuário na produção do seu projeto terapêutico (KEMPER et al., 2015). Diante desse contexto, os interlocutores mencionam que as “ações são desenvolvidas nas escolas, igrejas, dentre outras” (Enf<sup>a</sup> CAPSad A). Na fala, ela reitera a importância de as ações serem realizadas nos espaços em que os sujeitos vivem.

Para Minayo (2014), cada sociedade tem o seu discurso sobre o processo saúde-doença e acerca do corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e sua organização social. Numa perspectiva antropológica precisamos compreender esse processo nas suas dimensões biológicas num contexto de subjetividades.

Com esse pensamento, percebemos que o cuidado é constituído com arrimo numa rede formal e informal, que dá suporte não somente aos processos de adoecimentos, mas também às demandas de vida de cada usuário.

Ao abordar as ações realizadas no serviço vários trabalhadores relatam que o CAPSad segue a Política de Redução de Danos, instituída em 2003, e essa preconiza a autonomia do sujeito, a sua escolha em fazer o uso de droga e não exige dele a abstinência total, e sim promove cuidado.

As narrativas mencionam modos empregados para minimizar os danos, quando ela diz que “a Redução de Danos promove diminuição ou troca por outra droga, diminui efeitos secundários, aconselha sobre alimentação, hidratação” (Enf<sup>a</sup> CAPSad B). Outras relatam que ocorre um grupo específico para abordar a temática - o grupo de Redução de Danos ocorre na segunda-feira, aonde é facilitado por duas enfermeiras, aonde tenta acolher os usuários que fazem uso de substância e tenta reduzir os danos do consumo”. E a interlocutora reitera o que foi dito pela colega anteriormente - Redução de danos: uma das ações que tem no CAPS que é promovida por duas enfermeiras que acolhe o usuário tentando diminuir os prejuízos, explicando os danos causados” (Téc. Enf<sup>a</sup> CAPSad B).

Conforme o Ministério da Saúde (2003), a Política de Redução de Danos tem como objetivo diminuir os malefícios associados ao uso de substâncias psicoativas em pessoas que não podem ou não querem cessar o uso. Assim, o usuário passa a ser cuidado em sua totalidade, as ações de redução de danos são implementadas de maneira horizontalizada, quiçá ditas pelo próprio sujeito quais as melhores táticas de minimizar os danos ocasionados, porquanto ele é quem vivência o uso. Narrativas reafirmam isso quando, por exemplo, é citado o fato de que “o usuário escolhe a forma que ele quer conduzir o tratamento” (Enf<sup>a</sup> CAPSad A).

Há ainda ampla discussão sobre como fazer redução de danos, já que o sujeito é único e cada um tem seus jeitos de reduzir os danos ocasionados pelo uso de drogas. Assim, torna-se relevante a criação de vínculo, e este é um potente



expediente de trabalho, a fazer com que o usuário se ache mais à vontade e ativo em seu tratamento, possibilitando continuidade do cuidado. Merhy e Franco (p. 318, 2003) expressam que o emprego das tecnologias leves implicam a “forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”.

As compreensões biomédicas, por vezes, realizam um cuidado reducionista, por serem centrados em modelos que percebem o uso da problemática de drogas como dependência química, deixando de lado a compreensão que perpassam os contextos sociais que não se limitam apenas a substância em si, mas às suas maneiras de uso, os aspectos individuais e coletivos (QUINDERÉ; JORGE, 2013).

Efetivamente, pois, se inserem os trabalhos desenvolvidos pela rede de apoio informal que se mostram potencializadoras do cuidado a pessoas em situação de rua, haja vista a ausência de políticas públicas que abarquem as reais necessidades dessa população que vive em condições de vulnerabilidades sociais. Ao viver à margem da sociedade, essas pessoas buscam cuidados os mais diversos e a rede informal, por vezes, se faz articuladora desse processo, quando as redes formais se fazem ineficientes. Não foi, no entanto, mencionado pelas interlocutoras a articulação com essas redes informais.

### Considerações finais

As redes de atenção de apoio formal e informal, consoante relatado nas narrativas, mostra nova concepção de saúde, dos serviços ofertados e as limitações no planejamento e a prática no cotidiano. Percebemos, contudo, que muitos desafios ainda perfazem os cuidados à população em situação de rua e em consumo de drogas.

É preciso que as dificuldades relacionadas ao macropolítico (políticas destinadas ao setor) e ao micropolítico (relações), as quais incidem sobre a organização de estratégias de cuidado como a redução de danos, sejam revistas e reformuladas em seu arcabouço teórico-ideológico, para que o cuidado em saúde mental voltado para pessoas em uso abusivo de drogas torne-se mais efetivo e humano.

## Referências

- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Care and reconstruction in health-care practices. *Interface (Botucatu)*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.,2004.
- BEZERRA I. C; et al. “I went to the health unit and the doctor sent me here”: process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. *Interface (Botucatu)*,v 18, n 48, p 61-74, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades. Diário Oficial, Brasília, 2012.
- DOMENECH, D; et al.Estudio de La Prevalencia de La Comorbilidad entre El Distrés Psicológico y el Abuso de Drogas en Usuarios del Portal Amarillo, Montevideo – Uruguay. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. Esp, p. 174-184, 2012.
- GEANELLOS, R. Exploring Ricouer´s hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*, v. 7, n.2,p. 112-119, jul., 2000.
- KEMPER, M.L.C; et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Comunicação Saúde Educação*, v. 19, Supl. 1, p. 995-1003, 2015.
- LEAL, E.M; et al. Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé – Brasil. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. Esp, p. 96-104. 2012.
- MERCHÁN-HAMANN, E; et al.Comorbilidad entre Abuso/Dependencia de Drogas Y el Distrés Psicológico, Brasilia – Brasil. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. Esp, p. 105-113. 2012.
- MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14.ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 2014.

MONTEIRO, R.L; LOYOLA, C.M.D. Qualidade de Oficinas Terapêuticas segundo pacientes. *Texto Contexto Enferm*, v. 18, n. 3, Jul/Set., 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*, v.42, n.6, p.1090-1096, 2008.

QUINDERÉ, P.H.D; JORGE, M.S.B. *A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário*. Fortaleza (CE): EdUECE, 2013. 285 p.

RICOEUR, P. *Do texto à ação: ensaios de Hermenêutica II*. Porto: Rés-Editora, 1989.

SILVA, A.L. Ensaio em Saúde Coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. *Saúde Coletiva*, vol. 2, n. 7, 2005, p. 71.





Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza (2016). Pós-doutoranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Mestra em Saúde Coletiva pela UECE (2013).

**CHRISTINA CÉSAR PRAÇA**

**BRASIL.** Fonoaudióloga.

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza.

Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

**ESCOLÁSTICA REJANE**

**FERREIRA MOURA.**

Enfermeira. Docente Associada I da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Enfermagem pela UFC (2003). Mestra em Enfermagem pela UFC (2001). Especialista em Perinatologia (1999).

Esta coletânea compartilha o conhecimento interdisciplinar constituído por 18 capítulos, os quais abrigam ensaios de elevado valor informacional, produzida por 61 autores nacionais e do Exterior (Espanha e Portugal), em sua maioria, vinculados ao ofício acadêmico, particularmente da seara do magistério superior e em programas de pós-graduação stricto sensu. Todos os textos provêm de estudos qualitativos com análises procedidas na contextura de instituições universitárias em programas de pós-láurea, também de estreito sentido, de modo a alimentar a convicção de que esta seleta obra experimentará excelente recepção por parte dos consulentes em todos os quadrantes por onde circular. Esta publicação oferece apoio ao ensino e estudos teórico-metodológicos com ênfase em pesquisas com abordagem qualitativa e nas técnicas de coleta de dados.