



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

VOLUMEN 4
NÚMERO 2

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 4, NÚMERO 2



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Editores asociados

María Lucrecia Rovalletti

Suly Castro Morales

Marlon Ribeiro da Silva

Olga Lucía Montoya Hurtado

Pablo Jesús López Soto

Alesander Cala Cerejido

Sabrina Falzarano

Fabiana Carelli

Carlos Roberto de Castro e Silva

Índice

Una visión interdisciplinar de la dislexia a través del cine	85
<i>María Teresa Díaz García, María José Sampedro Vizcaya</i>	
A Carta de Ottawa e a medicina grega antiga: breve reflexão sobre dois momentos históricos e a mudança nos paradigmas de definição de saúde	95
<i>Milton Morales Filho, Cidia Vasconcellos, André Mota</i>	
A formação, o trabalho e fixação de egressos médicos na Amazônia Ocidental	101
<i>Jene Greyce Souza de Oliveira, Grimar de Oliveira Paula, Thiago Santos de Araujo</i>	
Aproximando o cuidador do idoso: a história oral de vida e a humanização do cuidado	115
<i>Carla Souza Mota, Valdir Reginato</i>	
Odontologia e Modernidade: relatos de vida profissional de odontólogos brasileiros	125
<i>Luciana Alves da Costa</i>	
El concepto de enfermedad y sus repercusiones en la investigación epidemiológica	133
<i>Rebeca Treviño-Montemayor, Laura Ernestina Barragán Ledesma, José Alejandro Ríos Valles</i>	
Fonoaudiologia e Saúde Mental: Atendimento em grupo a sujeitos institucionalizados com transtornos mentais	143
<i>Beartiz Paiva Bueno de Almeida, Maria Claudia Cunha, Luiz Augusto de Paula Souza</i>	



Table of Contents

An Interdisciplinary View of Dyslexia through the Cinema	85
<i>María Teresa Díaz García, María José Sampedro Vizcaya</i>	
The Ottawa Charter and ancient Greek Medicine: Brief Thoughts on two Historic Moments and the Change in Paradigms of Health Definition	95
<i>Milton Morales Filho, Cidia Vasconcellos, André Mota</i>	
The Medical Education, Medical Work and Staying of Student Egress of the Medicine Course in Western Amazonia	101
<i>Jene Greyce Souza de Oliveira, Grimar de Oliveira Paula, Thiago Santos de Araujo</i>	
Getting Closer Caregivers from the Elderly: the Life Oral History and Care Humanization	115
<i>Carla Souza Mota, Valdir Reginato</i>	
Dendistry and Modernity: Case Reports by Brazilian Based on Professional Experiences	125
<i>Luciana Alves da Costa</i>	
The Concept of Disease and its Impact on the Epidemiological Research	133
<i>Rebeca Treviño-Montemayor, Laura Ernestina Barragán Ledesma, José Alejandro Ríos Valles</i>	
Speech Therapy and Mental Health: Service Group to Institutionalized Individuals with Mental Disorders	143
<i>Beartiz Paiva Bueno de Almeida, Maria Claudia Cunha, Luiz Augusto de Paula Souza</i>	



Una visión interdisciplinar de la dislexia a través del cine

María Teresa Díaz García, Universidade de Santiago de Compostela, España
María José Sampedro Vizcaya, Universidade de Santiago de Compostela, España

Resumen: La dislexia es un tema controvertido de actualidad cuyo estudio se aborda desde distintas ópticas (médica, educativa, psicológica y social). Los medios audiovisuales han intentado mostrar al público algunas posturas sobre su etiología, diagnóstico y modelos de intervención. En este trabajo pretendemos acercar al lector a situaciones cotidianas relacionadas con esta dificultad de aprendizaje a través de una muestra cinematográfica: "Taare Zameen Par".

Palabras clave: dislexia, neurodesarrollo, fracaso escolar, autoestima

Abstract: Dyslexia is a controversial issue today. There are many different approaches to study this learning disability (medical, educational, psychological and social). The media have tried to show some points of view about dyslexia's aetiology, diagnosis and intervention models. In this paper we will try to describe quotidian situations related to this learning difficulty through the film "Taare Zameen Par".

Keywords: Dyslexia, Neurodevelopment, School Failure, Self-Esteem

Desde distintas organizaciones (OMS, DSM-IV-TR, CIE-10, WFN) se han postulado diferentes definiciones del concepto dislexia, pero en todas se destaca su consideración como una alteración del neurodesarrollo. Este término hace referencia a los mecanismos a través de los cuales se organiza el sistema nervioso como sistema de relación, que incluye procesos de atención, lenguaje, memoria, aprendizaje, control motor, etc.

Las implicaciones de la dislexia se manifiestan especialmente en el ámbito socio-educativo, al presentar los afectados y afectadas dificultades para la lecto-escritura. Estas dificultades suelen llevar aparejadas consecuencias tales como el fracaso escolar, una baja autoestima y problemas para una adecuada inserción socio-laboral.

En este trabajo trataremos de indagar en los contextos asociados al desarrollo y mantenimiento de las dificultades de aprendizaje de la lecto-escritura, también en el papel de los distintos profesionales implicados en la resolución de esas dificultades: médicos, psicólogos, pedagogos y profesores, a los que el sistema no dota de las herramientas y competencias necesarias para intervenir con éxito en este trastorno que presenta una prevalencia mínima del 5% (Carillo et al., 2011; Outón, 2008). Aprovecharemos la capacidad del cine -a través de la producción Taare Zameen Par- para acercarnos a situaciones y experiencias del mundo real con las que podemos encontrarnos en nuestra vida laboral.

De cómo la dislexia es un problema real e insuficientemente explicado

Se habla mucho de dislexia, también en los medios de comunicación. En 2009, Graham Stringer -químico y político inglés- escribía en una columna del Manchester Confidential¹ un artículo que levantó una oleada de comentarios:

¹ Dyslexia is a myth. En <<http://www.manchesterconfidential.co.uk>> (Publicado el 12 de enero de 2009)



The reason that so many children fail to read and write is because the wrong teaching methods are used. The education establishment, rather than admit that their eclectic and incomplete methods for instruction are at fault, have invented a brain disorder called dyslexia. [...] It is time that the dyslexia industry was killed off and we recognized that there are well known methods for teaching everybody to read and write.

No menos controvertidas resultaron las opiniones de Julian Elliot, psicólogo educativo y profesor de la Universidad de Durham. En el Daily Mail (2007)² no dudó en afirmar que “After years of working with parents I have seen how they don’t want their child to be considered lazy, thick or stupid. If they get called this medically diagnosed term, dyslexic, then it is a signal to all that it’s not to do with intelligence” o que la “Dyslexia is an emotional construct, not a scientific function”.

Toda esta polémica tiene su explicación. Dislexia es un término incompletamente definido, quizás porque son varios los ámbitos donde se manifiesta: intrapersonal, familiar, escolar e interpersonal; diferentes sus niveles de análisis: neurológico, cognitivo y conductual; diferentes las disciplinas que abordan su estudio -medicina, psicología, pedagogía- y diferentes también las posibles formas de intervención. Según adoptemos una u otra perspectiva, obtendremos definiciones más orientadas hacia su consideración como una alteración del sistema nervioso central o como una dificultad más entre las que se pueden presentar para adquirir los contenidos escolares.

Hemos rastreado, al menos, veinte definiciones de dislexia que basculan entre la postura de aquellos para quienes se trata de un trastorno neurológico (Mulas et al., 2006), y por tanto reviste un tono médico-asistencial, requiriendo el uso de terminología específica del entorno sanitario como síntoma, diagnóstico, tratamiento, etc. y la de aquellos otros para quienes ni siquiera la palabra dislexia es aceptable, pues prefieren specific learning difficulties (dificultades específicas de aprendizaje) (Wood et al., 2006), en relación con el proceso de adquisición de las competencias lecto-escritoras y las metodologías utilizadas para ello. Queremos reseñar también la existencia de otras posturas que agrupan la dislexia con otras dificultades de aprendizaje, como los trastornos del espectro autista, el déficit de atención e hiperactividad, la discalculia o la disgrafía. También es verdad que, con relativa frecuencia, suelen coexistir en el mismo individuo dos o más de estas dificultades (Portellano, 2008).

Una de las pocas cosas en las que los estudiosos manifiestan su acuerdo es en la etimología de la palabra. El término dislexia está formado por el prefijo de origen griego dis- (δυσ-) con el significado de “malo”, “difícil” o “anormal”, la raíz, también griega -lex- (λέξις < λέγειν) que aporta el significado léxico de “palabra”, a partir del verbo “decir, hablar” y el sufijo derivativo -ia. Es decir, etimológicamente, la palabra dislexia significaría algo así como “dificultad para hablar” o “hablar mal”. El término es utilizado por primera vez en alemán, a finales del siglo XIX, por R. Berlin, oftalmólogo, para designar la enfermedad consistente en la pérdida de la capacidad de leer por daños cerebrales sobrevenidos (Berlin, 1884, 1887). Algunos años más tarde, en 1896, el inglés P. Morgan (1896:1378) define dislexia como ‘congenital word-blindness’ o ceguera congénita de la palabra, descripción todavía utilizada durante el primer cuarto del siglo XX.

No será hasta bien avanzado este siglo, después de numerosas investigaciones, cuando se acuñe el término dislexia para referirse a un síndrome del neurodesarrollo que puede dar lugar a dificultades en el procesamiento auditivo, visual y temporal del sujeto. Quizás sea la herencia de la definición médica original la que pervive en algunas interpretaciones de la dislexia como una enfermedad.

Antes de proceder al análisis de la información que transmite el film sobre la dislexia, nos parece pertinente repasar algunos datos relativos a su clasificación como trastorno y los niveles de observación y análisis que se pueden aislar.

Como dijimos al comienzo, distintas organizaciones (American Psychiatric Association³, World Health Organization⁴, World Federation of Neurology) han ofrecido diferentes definiciones de dis-

² Dyslexia is just a middle class way to hide stupidity. <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-458160/Dyslexia-just-middle-class-way-hide-stupidity.html>> (Publicado el 28 de mayo de 2007).

³ DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013).

⁴ ICD-10-CM: International Classification of Diseases (2013).

lexia. La definición con la que sentimos una mayor afinidad y que incluye los niveles de análisis antes mencionados, es la propuesta por el Northern Ireland Task Group (2002):

La dislexia se manifiesta en un continuo de dificultades específicas de aprendizaje relacionadas con la adquisición de las competencias básicas en lectura y escritura. Tales dificultades son inesperadas en relación con otras habilidades y experiencias educativas del individuo. La dislexia se puede describir a nivel neurológico, cognitivo y conductual. Por lo general, se caracteriza por un procesamiento de la información ineficiente, que incluye dificultades en el procesamiento fonológico, la memoria de trabajo y la automaticidad de las competencias básicas. También pueden estar presentes dificultades en la organización, secuenciación y habilidades motoras.

De lo anterior se desprende que la dislexia no es consecuencia de unas malas condiciones culturales o socioeconómicas, si bien los factores ambientales pueden aumentar o disminuir la intensidad de sus manifestaciones. Incluso, con la intervención adecuada, puede llegar a interferir solo ligeramente en el proceso de alfabetización de la persona. Cabe señalar, además, que la dislexia no se manifiesta en todos los individuos con un único síntoma, ni con el mismo patrón ni con la misma intensidad.

De cómo el cine puede estar al servicio del humanismo

Desde épocas tempranas, los humanos hemos utilizado las imágenes como recurso al servicio de la comunicación. Ya fuera con el fin de transmitir conocimientos necesarios para la supervivencia (pinturas rupestres), enseñar valores (vidrieras narrativas), facilitar la comprensión de conceptos (ilustraciones en los libros de texto), mostrar experiencias ajenas que podrían llegar a ser propias o bien para completar la información transmitida verbalmente, la imagen tuvo y tiene, hoy más que nunca, un especial protagonismo en la formación y educación del individuo en particular y de la sociedad en general.

La combinación de discurso oral e imágenes en movimiento⁵ –el cine– constituye un tándem poderoso para acercar al público no solo una multiplicidad de ideas, realidades y problemas, sino también para hacer posible la identificación mental y afectiva con los personajes de la pantalla, cuya consecuencia es la experimentación de la narración fílmica desde dentro. En este trabajo, dado su carácter realista, prescindiremos de los documentales, más cercanos a los reportajes televisivos que a las películas de ficción.

Un estudio sobre los procesos de recepción cinematográfica llevado a cabo por Igartua (2008) puso de manifiesto cómo “la identificación con los personajes constituía una variable explicativa de la persuasión narrativa, es decir, del impacto incidental de un largometraje de ficción en actitudes y creencias”. Esto es congruente con las conclusiones de un trabajo de Díaz (2009), donde el visionado de una película modificó significativamente las actitudes y las creencias sobre la dislexia en los individuos participantes en el estudio.

En los últimos años hemos asistido al estreno de numerosas películas (dramas) que reflejan temas de actualidad⁶: SIDA, cambio climático, estereotipos culturales, el futuro tecnológico, pandemias, conflictos en las aulas, corrupción política, drogas, acoso, etc. Aun sin pretenderlo, y gracias a su carácter lúdico, el cine asume un papel formativo de naturaleza informal, en especial para aquellas personas que -sin ser profesionales de un ámbito específico- necesitan, o pueden llegar a necesitar, conocimientos y competencias básicas para desenvolverse bien en circunstancias que los requieran. El cine también puede servir de ayuda a los expertos. El hecho de situarlos ante escenas cuyos actores desempeñan su mismo rol profesional, fomenta la reflexión y el pensamiento crítico.

⁵ La combinación de elementos visuales y auditivos es fundamental en la semiótica del cine. La introducción del sonido como un componente más del film obligó a una reestructuración del sistema fílmico (Mendizábal, 2011).

⁶ En algunos casos se habla ya de subgéneros temáticos como el melodrama social, el cine médico, el científico, el de intervención social, etc. (Pinel, 2009).

De cómo los disléxicos y la dislexia tienen cabida en el cine

La dislexia, como discapacidad que se detecta en las aulas, y las dificultades con las que se encuentran para enfrentarse a ella los educadores, las familias, los propios educandos y otros profesionales del ámbito socio-sanitario, ha sido tratada de forma directa e indirecta por el séptimo arte.

En el elenco cinematográfico de la primera década del siglo XXI figuran filmes donde aparecen personajes disléxicos con comportamientos disléxicos, sin ser esta discapacidad el tema de la película. Algunos ejemplos son: Pearl Harbor (Michael Bay, 2001); Mean Creek (Jakob Aaron Estes, 2004); In her shoes (Curtis Hanson, 2005); Saint-Jacques... La Mecque (Coline Serreau, 2005); A mind of her own (Owen Carey Jones, 2006); We own the night (James Gray, 2007); o Percy Jackson & the Olympians: The lightning thief (Chris Columbus, 2010). En estas obras, de manera puntual, podemos encontrar referencias a algunos síntomas de la dislexia y sus consecuencias. Como muestra, veamos un diálogo de Saint-Jacques... La Mecque, donde aparece la dificultad para aprender a leer y la limitación que eso conlleva.

- Eh, ¿es verdad que usted es profesora?
- Sí, de literatura.
- ¿Y conoce la forma de enseñar a leer a los que no saben?
- No, soy maestra de secundaria y bachillerato, no de primaria.
- Pensaba que una profe sabía enseñar a leer.
- No, yo no tengo la ciencia, es un suplicio enseñar a leer.
- ¿Un su- qué?
- Es vocacional, es muy duro en algunas clases.
- Es verdad. Mi primo Ramzi ha estado en esas clases tan duras, para disléxicos.
- Disléxicos.
- Sí, los que leen al revés.
- No leen nada de nada. No conocen ni la A. Ven una A delante de ellos y no les dice nada.
- Nada de nada.
- Sí, eso limita las cosas.
- Por eso la madre de Ramzi siempre dice "tiene que aprender a leer".

De cómo Taare Zameen Par aborda la dislexia

Un caso diferente a los anteriores es el de la película india Taare Zameen Par (Como estrellas en el cielo), producida y dirigida por Aamir Khan en 2007. En ella, el protagonista es también un disléxico, pero la dislexia es el leitmotiv. El filme narra la historia de Ishaan, un niño de 9 años con problemas de aprendizaje. Es significativo que en los primeros fotogramas aparezcan letras y números en movimiento; operaciones matemáticas simples con resultados erróneos y tachones, mientras se escuchan ruidos de sirenas y alarmas, voces en off repitiendo las palabras "lazy" (vago), "crazy" (loco) e "idiot" (retrasado) y una profesora leyendo en voz alta las calificaciones de sus alumnos. A lo largo de la historia vemos al protagonista enfrentándose a los complejos procesos de la lecto-escritura y el cálculo, guerras en las que nunca sale victorioso, lo que acaba desanimándolo.

Por otro lado, las continuas burlas de sus compañeros y la incompreensión de su padre y de sus profesores minan su autoestima hasta producir en él un efecto de indefensión aprendida. Es tachado de retrasado mental, terco, vago, indisciplinado, etc. Su padre le envía a un colegio que "soluciona" las dificultades a base de gritos y castigos ("Aquí hemos puesto herraduras a muchos caballos", afirma el director). Las cosas cambian cuando llega un profesor nuevo de arte, que enseña también en un centro de educación especial y que utiliza una metodología de enseñanza-aprendizaje diferente, centrada en el discente. Él cambiará la historia de este niño disléxico, que presenta dificultades con las letras y los números, pero que posee una buena orientación espacial y extraordinarias dotes artísticas.

Intentaremos mostrar la visión que, de la dislexia –y del disléxico- ofrece esta muestra de cine. En primer lugar, el guionista conoce perfectamente las principales teorías que explican la etiología de la dislexia y ofrece al espectador una variada muestra de comportamientos que darían validez a

esos postulados. Así, respondería a una teoría neurológica –y también madurativa- el hecho de que el protagonista tenga dificultades para vestirse (anudarse la corbata, atarse los zapatos, ponerse el jersey), para escribir correctamente (Ishaan dibuja letras y números en espejo: b/d, 2/5, p/q, maes/meas por “mesa”) o para jugar a la pelota (no es capaz de calcular la velocidad, la distancia y la dirección del balón). Para realizar todas estas actividades se requiere un buen control de la lateralidad, direccionalidad y organización espacio-temporal, lo que presupone un correcto funcionamiento del hemisferio cerebral derecho.

Será la directora del primer colegio la que presente la teoría genetista, al intentar explicar a los padres lo que sucede en el cerebro de su hijo, barajando la hipótesis de que haya algún otro miembro de la familia que presente comportamientos similares.

Los sentimientos de inferioridad e inseguridad (sentarse en una esquina mientras los demás juegan de pie, no atreverse a responder a una pregunta por miedo a equivocarse, sentirse culpable de hechos de los que no es responsable); la ambivalencia afectiva (corre hacia su padre y le abraza pero también se aleja de él, teme que su padre llegue pero también que se vaya); y el bloqueo (grita o emite sonidos de burla cuando es incapaz de ordenar en su cabeza las palabras que quiere decir), inducen al espectador a pensar que alguna de estas manifestaciones, o todas, podrían estar en la base de su problema, lo que pone en escena las teorías centradas en la personalidad.

Las explicaciones de tipo cognitivo se centran en la dificultad para concentrarse (es incapaz de mantener la atención en una misma tarea, se distrae con facilidad en el aula, salta de actividad en actividad); para memorizar a corto plazo (no recuerda los ejercicios que trae del colegio, la madre tiene que repetírle constantemente las cosas); para responder a órdenes que se presentan de forma consecutiva (no sabe qué hacer cuando se le pide que abra el libro por una determinada página, párrafo y línea) o para realizar tareas que requieren integración visoespacial (no puede leer en voz alta, no se aparta cuando ve que le cae encima pintura desde un andamio). Como consecuencia de todo lo anterior, es frecuente que el disléxico se distinga por su escasa fluidez verbal y pobreza léxica (intenta explicar, a petición del profesor, el tema de unos versos, y utiliza un vocabulario reducido, repetitivo y simple).

Es común a las teorías pedagógicas el buscar en la interacción de factores personales y metodológicos las causas de la dislexia. El guionista hace hincapié en estos factores, presentados a lo largo de toda la película. El primero que percibimos es la actitud de los profesores, que castigan, reprueban públicamente, insultan y gritan a quien no es capaz de seguir el ritmo de la clase. Otro factor es la ausencia de diagnóstico, o de diagnóstico acertado, de las dificultades de aprendizaje (la directora del centro no sabe qué decir a la familia acerca de los problemas que tiene su hijo en el aula, y achaca el fracaso escolar al mal comportamiento y actitud del niño, o a cierto grado de retraso mental).

La carencia de una metodología apropiada y personalizada, imposible en un aula con demasiados estudiantes, también es contemplada como un elemento favorecedor de la dislexia (en una de las escenas vemos a Ishaan forzado a leer en voz alta y a velocidad normal ante las risas de sus compañeros).

Hemos hecho ya referencia a los niveles de análisis a través de los cuales se manifiesta la dislexia: conductual, cognitivo y neurológico. A nivel comportamental y cognitivo, las manifestaciones de dislexia del protagonista quedan bien reflejadas en una de las canciones incluidas en la banda sonora de la película⁷. Hemos recogido la letra de una de ellas en versión original (inglés e hindi, lenguas oficiales de la India) y su traducción al español⁸.

⁷ Grupo musical Shankar-Ehsaan-Loy.

⁸ Traducción realizada por Jinu V. George.

Tabla 1: Letra de la canción *Bheja kum* (Descerebrado). La negrita es nuestra

<i>Bheja kum</i> (Descerebrado)	
Why? Why cant you? Idiot! Kya hai problem? Kyun tera bheja kum? Kyun maths mein ho anda? Kyun roz khate danda?	¿Por qué? ¿Por qué no puedes? ¡Idiota! ¿Cuál es tu problema ? ¿Por qué tu cerebro no funciona ? ¿Por qué siempre un cero en matemáticas ? ¿Por qué todos los días te castigan ?
Grammar pathetic and spelling all wrong! Aksahr jo nache kya khayi hai bhang?	¡Tu gramática es patética y deletreas todo mal ! ¿Por qué las letras te bailan como si estuvieras borracho?
Idiot, buffer, lazy, crazy! Kyun bhasha kharaab? Kyun na dete jawaab? Kyun karte nahin try? Why can't you? Kya hai problem?	¡ Idiota, retrasado, zoquete, perezoso ! ¿Por qué tu caligrafía es tan mala ? ¿Por qué no respondes ? ¿Por qué no lo intentas ? ¿ Por qué no puedes ? ¿Cuál es tu problema?
Kyun tera bheja kum? Kyun rehte fissadi? Kyun handwriting raadi? Kyun homework adhura? Kyun dhyaan nahin pooraa?	¿Por qué tu cerebro no funciona? ¿Por qué tu cuaderno está lleno de tachones ? ¿Por qué no se puede leer lo que escribes ? ¿Por qué nunca terminas tus deberes ? ¿Por qué no te concentras ?
This child can drive anybody mad Someone please call up his dad Tumhara problem kya hai beta? Moorkh shorimani! Kyun number aate kam? Kyun karte nahin sum? Kyun geography mein gol, bol, bol...?	Este niño es capaz de volver loco a cualquiera . Por favor, que alguien llame a su padre. ¿Cuál es tu problema hijo? ¡ Pareces tonto ! ¿Por qué tus cuentas nunca cuadran ? ¿Por qué nunca encuentras la solución ? Dime, ¿por qué no sabes nada de geografía?

Fuente: *Prasoon, 2007.*

A nivel cognitivo, las deficiencias en procesos de percepción, memoria o atención, influyen negativamente en el aprendizaje de la lectura y la escritura, al producirse fallos en el procesamiento de la información fonológica y articulatoria. En concreto, las dificultades para organizar la información del campo perceptivo correlacionan con una lectura y escritura deficientes, al no haber desarrollado el individuo la conciencia fonológica, esto es, aprender la relación existente en una lengua entre el conjunto de las grafías y el de los fonemas. Ishaan tiene mala caligrafía y ortografía, no es capaz de deletrear, sus cuadernos están llenos de correcciones, en resumen, no se puede leer lo que escribe. En cuanto a la lectura, el niño llega a afirmar en el aula que las letras de su libro están bailando y que no es capaz de leerlas.

Además de lo anterior, queremos anotar una serie de comportamientos observables en disléxicos en edad escolar, que si bien no son suficientes para elaborar un diagnóstico, suelen aparecer con relativa frecuencia en estos individuos. Entre ellos, queremos destacar el absentismo escolar (Ishaan se escapa del colegio para deambular solo por la ciudad, ante la expectativa de ser expulsado de clase por no haber completado sus tareas); los cambios de colegio, producidos por el afán de los padres por buscar un lugar mejor para su hijo y por superar el fracaso escolar (el protagonista es enviado interno a otro centro, aislado de su entorno familiar y social); la producción intencional de ruido al moverse o al hacer cosas (Ishaan pisotea los charcos, arrastra las sillas) o la atención excesiva en tareas manipulativas (nuestro protagonista se queda absorto mientras intenta atrapar un pececillo o contempla el reflejo del sol en los colores de un helado, completa puzzles con facilidad y no escucha cuando realiza tareas en las que está interesado).

También tienen importancia comportamientos relacionados con la confianza y la autoestima, por su capacidad para desencadenar, en su ausencia, situaciones de indefensión aprendida (el protagonista

llega a un punto en el que no reacciona ante ningún estímulo, ni siquiera emocional, como la proximidad de la madre, o su gusto por la pintura, actividad con la que expresaba su frustración y rebeldía).

El guionista y el director de Taare Zameen Par no se limitan a mostrar contextos, causas, manifestaciones y consecuencias de la dislexia, sino que también adoptan una postura en cuanto a su etiología, patente en la intervención planteada, que, por supuesto, es exitosa. La teoría sobre las causas de la dislexia defendida en el filme es la pedagógica, y por tanto, la intervención propuesta también lo es. Ésta se basa en un profundo cambio metodológico que incluye la atención de refuerzo al disléxico –fuera del horario escolar- por parte de docentes expertos en lecto-escritura (en este caso, el profesor de arte, que también es disléxico); la utilización de metodología multisensorial, que incluye no solo la visión y el oído sino también el tacto (el profesor dibuja con el dedo las letras en la piel del brazo de Ishaan y éste modela en plastilina con sus manos el alfabeto); emplear las aficiones e inclinaciones del estudiante como elementos de motivación (el concurso de pintura en el que participa todo el colegio y que gana el protagonista) o el refuerzo positivo ante los logros del niño (alabar sus respuestas correctas o los trabajos bien terminados).

En cuanto a la praxis de los agentes involucrados en la atención al disléxico, la película presenta comportamientos y actitudes de personajes que el espectador percibe como inadecuados o adecuados en función de la respuesta emocional y conductual del protagonista. Así, la actitud del padre (incomprensivo y déspota), de los profesores del colegio (inflexibles y castigadores) o los compañeros de aula (burlones), provocan en el protagonista una respuesta de retraimiento y frustración, agravada por la comparación constante que en la familia y en la escuela hacen con su hermano mayor, un triunfador. Por el contrario, la actitud comprensiva del hermano, que alaba cada logro de Ishaan, y del profesor de arte, despiertan su interés y las ganas de aprender.

En conclusión, la obra cinematográfica, como producto artístico humano, se sitúa en un espacio, tiempo y sociedad concretos. Según su género, ésta puede reflejar las inquietudes y los fenómenos que son percibidos como importantes por un grupo en una época determinada. La obra que analizamos en este artículo, a caballo entre el género de intervención social y el melodrama, consigue transmitir información válida sobre la dislexia, insertando en un marco ficcional las teorías sobre su etiología, niveles de análisis, manifestaciones e intervención. Por todo esto, creemos que cumple una función didáctica y respeta la antigua máxima horaciana del *prodesse et delectare* (enseñar deleitando), pues al acercar de una forma atrayente las dificultades de aprendizaje al gran público y la manera de afrontarlas, contribuye a la formación continua del individuo y a la construcción de una sociedad más humana.

REFERENCIAS

- Beaton, A. (2004) *Dyslexia, reading and the brain: a sourcebook of psychological and biological research*. Hove: Psychology Press
- Berlin, R. (1884). Über Dyslexie. *Archiv für Psychiatrie*, 15, 276-278.
- Berlin, R. (1887). *Eine besondere Art der Wortblindheit*. Wiesbaden, Germany: J. F. Bergman.
- Carrillo, M. S., Alegría, J., Miranda, P. y Sánchez, N. (2011). Evaluación de la dislexia en la escuela primaria: Prevalencia en español. *Escritos de Psicología*, 4(2), 35-44.
- Chakravarty, Ambar (2009). Taare Zameen Par and dyslexic savants. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 12(2), 99–103.
- Díaz García, M. T. (2009). “Creencias y opiniones sobre la dislexia”. En P. Outón Oviedo (coord.): *Dislexia. Una visión interdisciplinar* (pp. 161-171). Barcelona: Lebón.
- Grigorenko E., Wood F., Meyer M, Pauls J., Hart L., y Pauls D. (2001). Linkage studies suggest a possible locus for developmental dyslexia near the Rh region on chromosome 1p. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 120-129.
- Igartua, J. J. (2008). Identificación con los personajes y persuasión incidental a través de la ficción cinematográfica. *Escritos de Psicología*, 2(1), 42-53.
- Mendizábal de la Cruz, N. (2011). Lingüística, semiótica y cine: perspectivas de estudio e investigación. *Espéculo. Revista de Estudios Literarios*, 47. Universidad Complutense de Madrid.
- Morgan, W. P. (1896). A case of congenital word-blindness. *British Medical Journal*, 7, 1378.
- Morris, D. W. et al. (2000). Family-based association mapping provides evidence for a gene for reading disability on chromosome 15q. *Human Molecular Genetics*, 9(5), 843-848.
- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Díaz-Lucero, A. y Ruíz-Andrés, R. (2006). El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Revista de Neurología*, 42(Supl. 2): S103-109.
- Outón Oviedo, P. (2002). Naturaleza de la dislexia. *Innovación Educativa*, 12, 351-361.
- Outón Oviedo, P. (2008). *Programas de intervención con disléxicos: diseño, implementación y evaluación*. Madrid: Paradox.
- Pinel, V. (2009). *Los géneros cinematográficos: géneros, escuelas, movimientos y corrientes en el cine*. Barcelona: Robinbook.
- Portellano Pérez, J. A. (2008). Actualidades en neurobiología de la dislexia. *Polibea*, 89, 1-3.
- Reid, G. (2005). *Dyslexia and inclusion: classroom approaches for assessment, teaching and learning*. London: David Fulton.
- Sathyanarayana Rao, T. S. y Krishna, V. S. T. (2008). Wake up call from ‘Stars on the Ground’. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(1), 2–4.
- Wood, C., Sheehy, K., Passenger, T., y Littleton, K. (2006). Understanding specific learning difficulties. En C. Wood, K. Sheehy, T. Passenger y K. Littleton, *Developmental psychology in action* (pp. 10-51). Malden: Blackwell Publishing.

SOBRE LAS AUTORAS

María Teresa Díaz García: Doctora en Filología Hispánica, Licenciada en Psicopedagogía y Diplomada en la Escuela Universitaria de Formación del Profesorado, actualmente trabaja como profesora del departamento de Lengua española en la Universidad de Santiago de Compostela (España). Interesada en el aprendizaje y enseñanza de lenguas, la elaboración de corpus lingüísticos y el diseño de contenidos y materiales para el aprendizaje en entorno web.

María José Sampedro Vizcaya: Doctora en Psicología, desempeña su labor profesional como profesora en la Universidad de Santiago, y sus intereses tienen que ver con los procesos de atención, emoción y aprendizaje, en especial la adquisición y aprendizaje de lenguas, así como las dificultades en estos campos.

A Carta de Ottawa e a medicina grega antiga: breve reflexão sobre dois momentos históricos e a mudança nos paradigmas de definição de saúde

Milton Morales Filho, IAMSPE - Instituto de Assistência Médica do Servido Público Estadual, Brasil
Cídia Vasconcellos, IAMSPE - Instituto de assistência médica do servido público estadual, Brasil
André Mota, FMUSP-Museu Histórico, Brasil

Resumo: A partir da “Carta de Ottawa”, de 1986, a promoção da saúde passou a ser vista não apenas como uma responsabilidade exclusiva do setor da Saúde, indo para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. A ideia de um equilíbrio dinâmico entre saúde e doença teve início histórico no Ocidente em torno do séc. V a.C., quando a Filosofia da Natureza e a Medicina começaram a se integrar. A natureza humana física, nas investigações pré-socráticas, estava ligada ao conceito de “physis”. As doenças também obedeciam aos mesmos princípios que davam o sentido da totalidade do “kósmos”. A integração do homem ao “kósmos” inicialmente se deu por meio de seus elementos constitutivos, para que, num segundo passo, fossem projetados os mesmos conceitos sobre sua natureza espiritual. Essa teoria está presente no “Corpus hippocraticum”, na questão da saúde como equilíbrio. A dieta referia-se não só à alimentação, mas aos exercícios, à atividade profissional, ao entorno geográfico e climático e às atividades políticas e sociais da cidade na qual o indivíduo vivia, de acordo com a idade e o sexo.

Palavras-chave: história da medicina, antropologia médica, imagem corporal, corpo humano

Abstract: From the Ottawa Charter of 1986, health promotion has been seen not only as an exclusive responsibility of the Healthcare sector, and it goes beyond a healthy lifestyle towards a global state of well-being. The idea of a dynamic balance between health and disease has a historical beginning in the West around V b.C., when Philosophy of Nature and Medicine began to become integrated. According to pre-Socratic investigations, the physical human nature was linked to the concept of physis. Diseases also followed the same principles that gave the kósmos its sense of totality. The integration between man and kósmos initially happened through its constituent elements in order to the same concepts about spiritual nature could be further on projected. This theory will be present in Corpus hippocraticum, on the matter of health as equilibrium. Diet referred not only to nourishment, but also to exercise, professional activity, the geographic and climatic surroundings and the political and social activities of the city in which the individual lived, depending on age and sex.

Keywords: History of Medicine, Anthropology, Medical, Body Image, Human Body

1. Introdução

Na Medicina, assim como em outras áreas da Saúde, os grandes avanços científicos e a busca por novas descobertas e tratamentos impulsionam a pesquisa científica a buscar sempre o novo e o não conhecido. Fatos históricos quase sempre são meras curiosidades e motivo de riso, devido aos métodos obsoletos que os pioneiros da Medicina apresentavam como condutas incontestes. Mas será que, na História, também não ficaram esquecidos fatos relevantes? Necessariamente a História corre em direção ao que é melhor e ao que é inédito?

É importante investigar fatos históricos e colocar alguns acontecimentos em Saúde em discussão, a fim de compreendermos a atualidade e refletirmos sobre a origem de conceitos que usamos de maneira tão rotineira.



2. Objetivo

Apresentar alguns conceitos da medicina grega do século VI a.C. ao IV a.C. concernentes a saúde e doença e compará-los com o conceito contemporâneo de “promoção da saúde” presente na *Carta de Ottawa*.

3. Método

Um acontecimento, em História, é um “fragmento da realidade percebida que não tem nenhuma unidade além do nome que lhe dá. [...] Fabricante e fabricado, o acontecimento é inicialmente um pedaço de tempo e de ação [...]” (Farge, 2011, p. 71). Sendo os acontecimentos muito mais heterogêneos do que homogêneos, uma possibilidade de organização cronológica é conjugá-los a partir de rupturas-continuidades, arcaísmos-modernidades, formando “redes de significação” de momentos históricos.

O método aplicado ao presente artigo foi o de isolar dois acontecimentos e compará-los. Apesar do risco de diluí-los frente ao imenso discurso histórico, deparamos com o jogo incessante de rupturas e continuidades que eles nos revelam em suas relações singulares (Farge, 2011, pp. 71-85).

A partir de momentos distintos e irregulares, são descritos dois acontecimentos históricos: a *Carta de Ottawa* (Brasil, 2002), apresentada em 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e a evolução da medicina grega nos séculos VI-IV a.C., que culmina com o *Corpus hippocraticum*. Apesar de um não ser uma evolução histórica do outro, existem certas permanências históricas, isto é, questões que foram levantadas há 2.500 anos e que podem fazer sentido para a compreensão do que o conceito de saúde é hoje. Os dois acontecimentos são descritos separadamente, seguidos de uma breve discussão.

3.1. A Carta de Ottawa

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou a *Carta de Ottawa*, documento com intenções para a Saúde no ano 2000 e anos subsequentes. Essa carta surge como necessidade de uma nova Saúde Pública, sendo clara sua intenção de definir a “saúde como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Brasil, 2002, p. 20). Nessa afirmação fica evidente que a promoção de saúde não mais se restringia ao setor da Saúde, mas à busca de um bem-estar global.

O debate sobre a saúde começou a ser ampliado a partir da década de 1960, quando a visão de saúde começou a superar a orientação centrada na enfermidade, realçando os aspectos econômicos e sociais. O Relatório Lalonde (*The new perspective for the Health of Canadians*), de 1974 (Carvalho, 2004), e o relato das missões enviadas à China entre 1973-1974 referindo-se às atividades para a melhoria da saúde desde 1965 foram duas bases importantes para a conformação de um novo paradigma, formalizado na conferência de Alma-Ata (1978), com a proposta de saúde para todos no ano 2000 e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) promulgada na *Carta de Ottawa* (Brasil, 2002, pp. 7-8).

A *Carta de Ottawa* coloca como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Para que tais condições e recursos sejam viáveis, muitas esferas da sociedade devem estar envolvidas na Política de Promoção da Saúde. A conferência, no final da carta, “conclama a Organização Mundial da Saúde e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde” (Brasil, 2002, p. 27), instaurando a visão da responsabilidade global sobre o tema. A partir da *Carta de Ottawa*, a definição de saúde foi definitivamente ampliada. Foi um marco na Promoção da Saúde e seu apontamento para o ano 2000 ainda se faz presente como desafio para a nossa sociedade, em direção ao bem-estar global.

3.2. A medicina grega nos séculos VI-IV a.C.

Se voltarmos no tempo histórico do Ocidente, mais precisamente ao período entre os séculos VI a.C. e IV a.C. na Grécia antiga, vamos deparar com o momento em que começam grandes transformações no saber e também em relação ao conceito de saúde. Os filósofos pré-socráticos deram início a uma nova compreensão sobre a saúde e a doença (Chauí, 2002, p. 53; Reale, 2009, p. 112). Ao investigarem racionalmente o mundo externo, por intermédio da Matemática e da Medicina, desenvolveram uma *tékhne* que, posteriormente, serviria de modelo para a investigação do homem interior, com a Filosofia (Jaeger, 1995, p. 193). Marilena Chauí define a *tékhne* como a disposição racional para produzir coisas em conformidade com certas regras e modelos (Chauí, 2002, p. 456).

Com a consolidação da democracia (Grécia, séc. V a.C.), a *tékhne* deixa de ser vista com desprezo na *polis*. Traduzida como artes ou técnicas, pode ser dividida em dois grupos: as manuais, como a pintura, a escultura, a arquitetura e a medicina, e as liberais, como a oratória, a poesia e a tragédia (Chauí, 2002, p. 127). Entre as técnicas, a medicina tem, inicialmente, relação estreita com a filosofia: deixa de ser praticada por sacerdotes e curandeiros e se desenvolve, a partir de então, de forma concomitante ao estudo da *physis*. Surge daí uma nova concepção da saúde e da doença, que passa a envolver a relação do homem tanto com a natureza quanto com a sociedade (Chauí, 2002, p. 145).

Qual a definição de *physis*? Tudo o que existe é *physis*: o céu, a terra, os seres vivos, inclusive o pensamento e o divino. Traduzido para o latim como *natura*, a *physis* é eterna (Chauí, 2002, p. 47). Ao investigarem a *physis* e a origem das coisas, os pensadores chamados naturalistas, no século VI a.C., obrigaram o pensamento humano a ultrapassar a experiência sensorial para buscar a origem das coisas, numa pesquisa empírica, objetivando chegar à compreensão racional da existência (Jaeger, 1995, p. 196). Pitágoras (571 a.C. a 496 a.C.) foi o primeiro a falar em *kósmos*, como um sistema ordenado de opostos em concordância recíproca, uma proporção regulada de pares de opostos: alto-baixo, direita-esquerda, macho-fêmea, movimento-reposo, quente-frio, seco-úmido, luz-treva, doce-amargo, bom-mau, verdadeiro-falso, justo-injusto, grande-pequeno, novo-velho, reto-curvo etc. (Chauí, 2002, pp. 69, 76).

No conceito de *kósmos* está presente a ideia de harmonia, bem como conceitos relacionados a ela, como ritmo e medida. Por meio desses conceitos chegou-se à consciência tanto do aspecto estrutural do *kósmos* como da relação das partes com o todo. Essa busca pela descoberta racional da “natureza do ser” foi o estágio prévio necessário para que houvesse a transposição para o conhecimento da estruturação da vida e o mundo interior do homem (Jaeger, 1995, pp. 207-208).

3.2.1. As doutrinas médicas nos filósofos pré-socráticos

A convergência da Filosofia da Natureza e da Medicina começou em torno do século V a.C., quando aquela foi assimilada por esta. Alcmeón de Crotona e Empédocles de Agrigento eram simultaneamente filósofos e médicos, o que explica a facilidade de transposição do pensamento entre as áreas (Jaeger, 1995, p. 1.008). O primeiro médico a empregar o termo *dýnamis* em Medicina foi Alcmeón de Crotona. O quente, o frio, o seco, o úmido, o doce, o amargo, o leve, o pesado etc. são *dýnameis*, forças elementares que diferem em cada parte do corpo, pois cada parte possui a sua *dýnamis* própria (Chauí, 2002, p. 149). Alcmeón de Crotona define estado de saúde como o equilíbrio (*isonomia*) das potências (*dýnamis*) (Frias, 2004, p. 26). O predomínio de uma só (*monarkhía*) sobre as outras seria a causa das doenças (Chauí, 2002, p. 145).

A teoria de Alcmeón de Crotona acerca da saúde está presente em todos os tratados do *Corpus hippocraticum*, na questão da saúde como o equilíbrio, ou a justa medida, das qualidades ou propriedades do úmido, do seco, do frio, do quente, do amargo, do doce, entre outros. A *monarkhía* entre eles produz doença e destruição, pois a doença sobrevém quando há excesso de calor ou de frio, por exemplo, ou abundância ou carência de um alimento em partes como o sangue, a medula ou o cérebro. Essas partes podem ser também afetadas por causas externas, como a qualidade da

água e certas regiões geográficas, e isso prejudicar o organismo. Tanto a natureza do corpo quanto a ação humana para a organização da *polis*, segundo Alcmeón de Crotona, devem estar em equilíbrio, seja para o bem-estar do corpo seja para o da cidade (*polis*). A compreensão da saúde como equilíbrio do corpo é vista dentro da *isonomia* das propriedades que o compõem, enquanto a doença se configura como a *monarkhía* de uma dessas propriedades (Alsina, 2009, pp. 25-26).

Nessa fase, Medicina e Filosofia influenciam-se mutuamente, com seu fundamento teórico mais ligado ao mundo físico do que à Filosofia. Os ciclos da água na natureza (vapores em movimento ascendente, líquidos em movimentos descendentes) também tinham sua correspondência no corpo humano (Frias, 2004, pp. 15, 48). As doenças obedeciam aos mesmos princípios que davam o sentido da totalidade do *kósmos*. Deste modo, o homem integrou-se ao *kósmos* inicialmente de maneira física, por meio de seus elementos constitutivos, para que, num segundo passo, fossem projetados os mesmos conceitos sobre sua natureza espiritual (Jaeger, 1995, p. 1.007).

Vemos aí o nascimento de uma forma de saber. Baseada no conhecimento das relações de um organismo perante os efeitos das forças do processo da natureza, a existência física do homem, tanto no estado normal como na doença, depende das mesmas leis do universo. Tãmanha foi a força desse conhecimento que a teoria física de Empédocles de Agrigento sobre os quatro elementos (água, terra, fogo e ar) foi utilizada na Medicina nos quatro séculos seguintes, dentro da doutrina das quatro qualidades fundamentais: o quente, o frio, o seco e o úmido (Jaeger, 1995, p. 1.020).

3.2.2. *Corpus hippocraticum*

Mas, foi a partir de Hipócrates, com base no conhecimento empírico desenvolvido anteriormente com os filósofos naturalistas, que um “método” de busca de conhecimento foi racionalizado. Esse método é considerado o início da perspectiva científica no Ocidente (Cairus, 2005, p. 10). A datação do *Corpus hippocraticum* não é exata, sendo os principais trabalhos compostos entre 420 a.C. e 350 a.C. A obra é composta de 66 tratados sobre temas relacionados ao corpo, um juramento e o livro “Leis” (*Nómos*), além de cartas e discursos. Provavelmente, foi escrito por vários autores (Cairus, 2005, p. 25).

A orientação da cultura grega da época clássica (séc. V a.C. a IV a.C.) estava voltada tanto para a formação do corpo como para a do espírito. Para o corpo, a figura do médico estava ao lado do professor de ginástica na educação física, e, no campo espiritual, o filósofo tinha destaque junto aos músicos e poetas (Jaeger, 1995, p. 1.002). O grande processo espiritual da formação do homem helênico teve como contribuição a doutrina referente à conservação da saúde do homem, proveniente da medicina dos séculos V a.C. e IV a.C. (Jaeger, 1995, p. 1.033).

Os médicos gregos, disciplinados pelo conceito de lei dos filósofos, criaram um sistema teórico que serviu de sustentação a um movimento científico. Da mesma forma, a ciência ética de Sócrates, que ocupa lugar central nos diálogos de Platão, não seria concebida sem o modelo da medicina hipocrática (Jaeger, 1995, pp. 1.002, 1.004). A Medicina foi assaz influenciada pelo conceito de *physis* total, da natureza do universo, desenvolvido pela filosofia jônica. O escrito hipocrático “Dos ventos, águas e regiões” mostra a conexão do pensamento médico com o estudo da natureza (Jaeger, 1995, p. 1.006).

De acordo com o *Corpus hippocraticum*, a *physis* universal (natureza) é comum a todos os seres, enquanto a *physis* individual diz respeito à natureza de cada coisa. Há também a *physis* da saúde e a *physis* das doenças, pois cada doença pode ser conhecida, determinada e definida. Para conhecer a doença, é preciso conhecer a natureza das doenças; porém, não é possível conhecer a natureza das doenças se não se conhecer a natureza em seu todo e no seu princípio (*arkhé*) (Chauí, 2002, p. 147). Nesse sentido, o tratado “Da medicina antiga” trata, pela primeira vez, da dieta e da saúde relacionadas. A dieta era composta de cinco elementos principais:

[...] a alimentação, os exercícios, a atividade profissional (e, por conseguinte, o grupo social), o entorno geográfico e climático e inclui também as atividades políticas e sociais da cidade em que o indivíduo vive; devia-se considerar a sua textura física, a sua idade, se mulher ou homem, criança, jovem ou velho. (Alsina, 2009, p. 11)

Ao prescrever uma dieta para o paciente, os elementos citados eram levados em consideração; porém, a intervenção do médico restringia-se à alimentação e aos exercícios, visto que os outros elementos pouco dependiam de sua ação. O ideal era chegar a um equilíbrio exato entre alimentos e exercícios, mas, como visto, outras variáveis também interferem nesse equilíbrio (Alsina, 2009, pp. 10-12). No tratado “Água, ares e lugares”, também contido no *Corpus hippocraticum*, pela primeira vez na história da cultura ocidental a relação entre *physis* e *nómos* é estabelecida: *nómos* como o que é por convenção, por acordo e decisão dos humanos, e *physis* como o que é por natureza (Chauí, 2002, p. 506). Como em outros tratados, também há relação do universo com o microcosmo humano e com o corpo sofrendo modificações de acordo com o clima e o solo (Frias, 2004, p. 64).

A dieta, no sentido grego, pode ser entendida como modo de vida e é o que torna o *nómos* acessível ao médico. A natureza pode ser influenciada pelo *nómos*. Não é possível mudar o ambiente, mas pode-se contorná-lo. O vento, o solo, as águas, podem ser administrados de acordo com a dieta ou o estilo de vida (Cairus, 2005, p. 93). A descrição do médico hipocrático feita por Chauí nos dá a dimensão da complexidade e do conjunto de conhecimentos utilizados:

O médico hipocrático contempla o homem no interior do cosmo: [...] como opera suas dynamei, a que doenças sua phýsis o predis põe e quais lhe podem acontecer por acaso, o médico leva em conta as estações do ano, a posição dos astros, a posição e situação geográficas dos lugares, o clima, a qualidade das águas e das terras, os costumes referentes à alimentação, à habitação, ao vestuário, aos exercícios físicos e psíquicos, as instituições sociais, religiosas e políticas. Conhecer um paciente individual é conhecer sua natureza no mundo no qual ele vive e com o qual se relaciona desde o nascimento. (Chauí, 2002, p. 152)

4. Discussão

Considerando os séculos que nos separam da civilização grega antiga e os grandes avanços da área científica no decorrer desse tempo, vemos que, conceitualmente, foi com os filósofos da natureza que uma visão ampliada sobre saúde e doença foi primeiramente descrita, de forma sistemática, no Ocidente. A partir do desenvolvimento do pensamento racional e da investigação do mundo externo, o homem foi criando, em contextos diversos, um método para investigação e compreensão de si mesmo. Chegamos às moléculas, aos micro-organismos, desenvolvemos medicamentos, vacinas, fazemos transplantes de órgãos, transformações jamais imaginadas pelos primeiros médicos.

Curiosamente, tais movimentos científicos dos séculos XX e XXI podem ser contrapostos a uma carta cujo conteúdo sobre saúde e doença vai além da materialidade do corpo humano, chegando até mesmo a determinações do que vem a ser a saúde. A *Carta de Ottawa*, ao colocar como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, devolve à saúde a visão do todo. Assim como os primeiros filósofos, temos o desafio, a partir de um novo grau de consciência, de compreender esse novo paradigma de saúde, no qual conceitos tão antigos como os aqui retomados não parecem tão distantes da maneira como formulamos algumas questões contemporâneas sobre o binômio saúde/doença.

REFERÊNCIAS

- Alsina, J. (2009) *A saúde põe a mesa entre os gregos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da Saúde*. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.
- Cairus, H. F. (2005). *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 9(3), pp. 669-678.
- Chauí, M. (2002). *História da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo, Brasil: Cia. das Letras.
- Farge, A. (2011). *Lugares para a História* (Trad. Fernando Scheibe). Belo Horizonte, Brasil: Autêntica.
- Jaeger, W. (1995). *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Reale, G. (2009). *Pré-socráticos e orfismo*. São Paulo, Brasil: Loyola.

SOBRE OS AUTORES

Milton Morales Filho: Médico formado pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), com residência em Medicina Preventiva no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Mestre em Ciências da Saúde pelo IAMSPE. Pós-graduado em Acupuntura e Medicina Chinesa pela Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA). Trabalha com promoção da saúde no IAMSPE, no Programa Prevenir. Formado também pela Escola de Arte Dramática da Universidade de São Paulo (USP), trabalha como dramaturgo, com obras escritas para adultos e crianças.

Cidia Vasconcellos: Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, 1979), residência médica em Dermatologia pelo Hospital das Clínicas da FMUSP (1981), especialização em Saúde Pública pela Universidade São Camilo (1983), mestrado em Medicina (Dermatologia) pela FMUSP (1988), doutorado em Medicina (Patologia) pela FMUSP (1995) e pós-doutorado em medicina (Medicina Preventiva) pela mesma faculdade (1998). Atualmente é conselheira da Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional São Paulo, professora da Universidade Cidade de São Paulo, orientadora e professora de pós-graduação strictu sensu da FMUSP e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do IAMSPE.

André Mota: É graduado em História pelo Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP (1994). Desenvolveu seu projeto de doutorado entre 1995-2001, defendendo a tese: Tropeços da medicina bandeirante, São Paulo, 1892-1920. Entre 2006-2008 recebeu uma bolsa de pós-doutoramento Fapesp e desenvolveu seu projeto de pesquisa, intitulado Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina no Brasil: o caso paulista em 1930, junto ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Atualmente, é coordenador do Museu Histórico da FMUSP. Suas principais áreas de atuação são vinculadas ao estudo histórico da Medicina e da saúde pública em diálogo com suas particularidades paulistas.

A formação, o trabalho e fixação de egressos médicos na Amazônia Ocidental

Jene Greyce Souza de Oliveira, Universidade Federal do Acre, Brasil
Grimar de Oliveira Paula, Universidade Federal do Acre, Brasil
Thiago Santos de Araujo, Universidade federal do Acre, Brasil

Resumo: O presente estudo permitiu descrever as características e identificar os aspectos relacionados à fixação ou migração dos egressos do curso de medicina da Universidade Federal do Acre após a graduação. Estudo transversal, com uma amostra de conveniência de 89 egressos das cinco turmas já graduadas até 2011. Os dados foram coletados por meio de questionários encaminhados via eletrônica, no período de Junho a Agosto de 2012. Os resultados do estudo demonstraram que 71% dos egressos são procedentes de outros estados do Brasil, 80% com idade abaixo de 30 anos, 61% do sexo masculino, 81,8% avaliaram como bom o curso de medicina da UFAC, 66,7% referiram estarem preparados para o exercício profissional, com 64% aprovados em curso de residência médica e/ou estágio de especialidade. A grande maioria dos médicos está residindo e trabalhando nas capitais do Brasil (79%), em setor público (61,4%), satisfeitos com carreira que escolheram (87,4%). Aproximadamente 58% ficaram no Acre e apontaram os laços familiares (26%) como causas principais de permanência. Dos 42% que migraram para outro estado, as melhores propostas de trabalho (29,7%) foram as principais causas de mudança. O presente estudo demonstra que em locais como a Amazônia, as melhores condições de trabalho e remuneração, podem ser medidas a serem adotadas pelos órgãos competentes para a fixação de médicos em áreas com poucos profissionais e devem ser priorizadas.

Palavras-chave: educação médica, trabalho médico, curso de medicina

Abstract: The present study allowed describing the characteristics and identifying the aspects of permanence and migration after graduating of Medicine students from Federal University of Acre. Transversal study with a convenience sample of 89 graduates of the five already graduated classes until 2011. The data were collected through questionnaires submitted online, in the period of June to August 2012. The study results show that 71% of graduates are coming from other states of Brazil, 80% aged below 30 years, 61% male, 81.8% rated the medicine course of UFAC as good, 66.7% reported being prepared for professional practice, with 64% approved on residency and / or internship speciality. The vast majority of doctors are residing and working in the capitals of Brazil (79%), working in the public sector (61.4%) satisfied with their chosen career (87.4%). About 58% stayed in Acre and pointed family (26%) the main cause of permanence. Of the 42% who migrated to another state, better job offers (29.7%) was the main cause of change. The present study demonstrates that in places like Amazon, the best working conditions and remuneration can be measures to be taken by the competent bodies for fixing physicians in areas with lack of professionals and should be prioritized.

Keywords: Medical Education, Medical Work, Medicine Course

Introdução

O foco atual, ao se falar em saúde pública, remete à suposta falta de médicos em locais carentes desses profissionais. Este fato vem sendo amplamente explorado pelo Governo Federal que aponta para resolver esse problema: o anúncio de importação de médicos estrangeiros, aberturas de mais escolas médicas e ampliação de vagas em cursos de medicina já existentes, e estratégias para facilitação da revalidação de diplomas médicos de brasileiros que estudam no exterior em cursos de qualidade duvidosa.

No entanto, a ampla e recente pesquisa sobre a demografia médica no Brasil (Scheffer et al, 2013), demonstra que ao contrário do que o atual Governo informa, de 1970 a 2012 a população de médicos no país cresceu 557,72%, enquanto que a população em geral cresceu 101,84%. Porém, mesmo com o crescente número de médicos ainda persistem acentuadas desigualdades na distribuição destes profissionais entre as regiões do Brasil, principalmente em municípios do interior



(Scheffer et al, 2011). As causas mais frequentemente apontadas, inclusive por médicos que atuam nas capitais, são referentes à falta de condições de trabalho e má remuneração profissional, tendo-se como consenso entre as entidades médicas a possibilidade de um plano de cargos e carreiras para médicos no Sistema Único de Saúde - SUS, de modo a incentivar a ida destes profissionais para áreas carentes destes profissionais, pois o Programa de Saúde da Família, criado pelo Governo Federal, tem promovido o aumento do emprego médico, porém não consegue resolver a situação do profissional, principalmente nas cidades do interior.

Em 2002, como possibilidade de aumentar a oferta de médicos no Estado do Acre, e diminuir a evasão de acreanos que buscavam em outras cidades do Brasil e até no estrangeiro o sonho de ser médico, foi autorizado o funcionamento do curso de medicina na Universidade Federal do Acre-UFAC (Brasil, 2002), com modelo pedagógico voltado à medicina de família e comunidade, e até o final de 2011 foram graduados pela instituição 156 médicos. Mesmo após a criação do curso de medicina, o Acre figura como segundo estado do Brasil que concentra uma grande quantidade de médicos que estudaram no exterior e apresenta sérios problemas relacionados à falta de médicos, mesmo na capital (Scheffer et al, 2011; 2013).

Somente estudos aprofundados podem favorecer a compreensão do por que da carência de médicos, da movimentação destes no território nacional e entre os setores público e privado, da diversidade das formas de exercício profissional, da escolha das especialidades, dos vínculos e das jornadas (Scheffer et al, 2013). Neste sentido, foi desenvolvido um estudo com os egressos da UFAc no período de junho a agosto de 2012, com o objetivo descrever as características dos egressos do curso de medicina da Universidade Federal do Acre e identificar os fatores relacionados à fixação e migração destes profissionais, após a graduação.

Métodos

Área do estudo

O estado do Acre localiza-se na Amazônia Ocidental, extremo sudoeste da Amazônia Brasileira, entre as latitudes de 07 07' (S) e 11 08' (S), e as longitudes de 66 30' W e 74 W Gr. Faz fronteira com as Repúblicas do Peru e da Bolívia e os estados do Amazonas e Rondônia. Sua superfície territorial é de 164.122,280 km², correspondendo a 3,9% da área da Amazônia Brasileira e a 1,8% do território nacional. Divide-se em duas Mesorregiões: Vale do Juruá e Vale do Acre, onde se distribuem os 22 municípios, segundo as microrregiões geográficas. População estimada de 733.559 habitantes, com 72,6% residente nas áreas urbanas e 27,4% nas áreas rurais, sendo que a capital do estado, Rio Branco, concentra o maior número de habitantes (IBGE, 2010).

O curso de medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC)

O curso de graduação em Medicina da UFAc teve seu início autorizado em 20 de março de 2002 a partir da portaria nº 763 do Ministério da Educação (Brasil, 2002), mas seu reconhecimento como instituição do ensino médico só veio ocorrer em dezembro de 2007, através da portaria 1.083 (Brasil, 2007). A plataforma curricular voltada à medicina da família e da comunidade, com os objetivos de formar pessoas vinculadas com a realidade do estado do Acre, capazes de praticar uma medicina voltada para as necessidades e características locais, com a preocupação de assegurar a competência profissional e o compromisso social (Brasil, 2001).

Até dezembro de 2011 já foram formados pela instituição 165 médicos. O curso ministrado tem duração de seis anos, divididos em 12 períodos, com 70% de disciplinas obrigatórias e 30% de disciplinas optativas. A estrutura curricular se divide em três ciclos: o básico, que compreende o 1º e 2º anos (1º ao 4º período); o clínico, que engloba o 3º e 4º anos (5º ao 8º período); e o internato que compreende o segundo semestre do 5º ano e 6º ano (10º ao 12º período). Para o desenvolvimento de atividades práticas, o curso dispõe do apoio de estrutura do Hospital de Clínicas do Acre (antiga FUNDHACRE), Hospital do Câncer, Hospital da Criança, Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco (HUERB), das Unidades de

Pronto Atendimento (UPA's) do Tucumã e do 2º Distrito, e da Maternidade Bárbara Heliodora. Além da atividade de internato rural, em que as estruturas de apoio ao ensino médico se localizam no município de Plácido de Castro (dados da secretaria do curso de medicina – UFAC).

Médicos ativos no Acre

Dados sobre a demografia médica no Brasil (Scheffer, et al, 2013) informam que a população de médicos ativos no Acre corresponde a 819 médicos, numa razão de 1,08 médicos/1.000 habitantes, 655 deles trabalhando na capital Rio Branco e 164, nos municípios do interior do estado. Isto corresponde a 0,22% do total de 363.738 médicos que atuam no Brasil e a aproximadamente 4,9% dos 16.732 que trabalham na região Norte do país. Quanto ao perfil do médico que trabalha no Acre (Andrade et al, 2005), predomina o sexo masculino (72,1%), com idade inferior a 45 anos (68,5%), brasileiro (90,6%), que vive na capital (77,8%) e é natural de outros estados do Brasil (74,3%). E quanto aos aspectos da formação médica, chama atenção o fato de que apesar da grande quantidade de médicos brasileiros, o estado do Acre concentra a maior população de médicos que formaram no exterior (12%), o que equivale a 10 vezes mais o quantitativo para o Brasil e o dobro da região Norte.

Desenho do estudo e seleção amostral

Este estudo caracteriza-se como descritivo de corte transversal, com uma amostra de conveniência, de egressos da Universidade Federal do Acre, graduados entre 2007 a 2011, abrangendo todas as turmas já formadas desde o início do funcionamento do curso em 2002.

A seleção da amostra foi realizada a partir dos dados de contato de listagem obtida de médicos egressos da UFAC: junto à coordenação do curso de medicina, Conselho Regional da Medicina do Acre e Comissão de Residência Médica.

Foram excluídos deste estudo, os egressos contatados que não responderam ao questionário e aqueles que não conseguiram ser localizados por nenhum meio. Do total de 165 egressos do curso de medicina da UFAC, formados de 2007 (I turma) a 2011(V turma), 15 deles não apresentavam cadastro de contato por meio de endereço eletrônico junto à coordenação do curso de medicina. Dos 150 emails cadastrados, 18 estavam registrados de forma incorreta, perfazendo uma perda de 33 egressos na amostra inicial. Portanto, foram contatados 132 egressos, mas somente 89 (67,4%) aceitaram participar do estudo. Dos questionários respondidos pelos sujeitos da pesquisa, 31 (35%) foram preenchidos pessoalmente (questionário impresso) e os 58 (65%) restantes, via questionário online.

Instrumentos e procedimentos

Como instrumento de coleta de dados, foi elaborado um questionário autoaplicável impresso e por meio eletrônico, com 48 questões relacionadas às variáveis sociodemográficas, à formação e ao trabalho médico e qualificação profissional. Nos casos em que não foi possível a aplicação do questionário pessoalmente, encaminhou-se por via eletrônica, mensagem com o motivo da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário, que após ser respondido, era remetido automaticamente para o site especificamente criado para este fim, cujas informações obtidas não permitiram a identificação do remetente.

Para a criação e aplicação do questionário e do TCLE via eletrônica, foi utilizada a plataforma online do “Google Docs”. Estes formulários foram criados sob o formato de arquivos AJAX (Asynchronous Javascript and XML), enquanto o envio e aplicação para os participantes contava com a anexação de links onlines enviados por email. Para o download do banco de dados levantado pelos questionários, utilizou-se o formato de planilha do Microsoft Excel (.xlsx).

Para se reduzir o número de sujeitos que não puderam ser contatados via email, utilizou-se uma rede social na internet, e após contato in box, e orientações a respeito da pesquisa, foi solicitado aos interessados em participar do estudo, um email pessoal e ativo para o encaminhamento dos

formulários eletrônicos ou quando possível, agendamento para a aplicação do questionário pessoalmente.

Análise dos dados

A estatística descritiva, baseada em recursos tais como frequência absoluta e relativa (dados categóricos), foi utilizada para apresentar os resultados desse estudo. A análise das variáveis foi realizada pelo software SPSS™ (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows.

Na identificação dos fatores relacionados à fixação e migração dos egressos foi realizada a aplicação do teste qui-quadrado de Pearson, sendo consideradas estatisticamente significativas as diferenças de proporções que apresentaram valor de $p > 0,05$. A comparação entre as proporções de cada categoria de resposta da variável motivo alegado para a permanência ou migração do estado, foi comparada ao somatório das demais categorias, o que possibilitou a geração de um valor de p para cada par de resposta.

Também foi realizada, uma análise estratificada segundo sexo do egresso visando verificar as diferenças nos motivos alegados para a fixação ou migração, com a realização do teste de comparação de proporção para cada um dos grupos conforme descrito anteriormente.

Considerações éticas

Em todos os sujeitos, foi solicitada a leitura e a concordância na participação do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as informações relativas à identidade dos sujeitos da pesquisa foram mantidas em total sigilo por todos os envolvidos, assim como todas as informações obtidas codificadas de modo a manter a privacidade das informações dos questionários respeitando os princípios éticos de pesquisa previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (com registro no. 23107.004.560/2012-92).

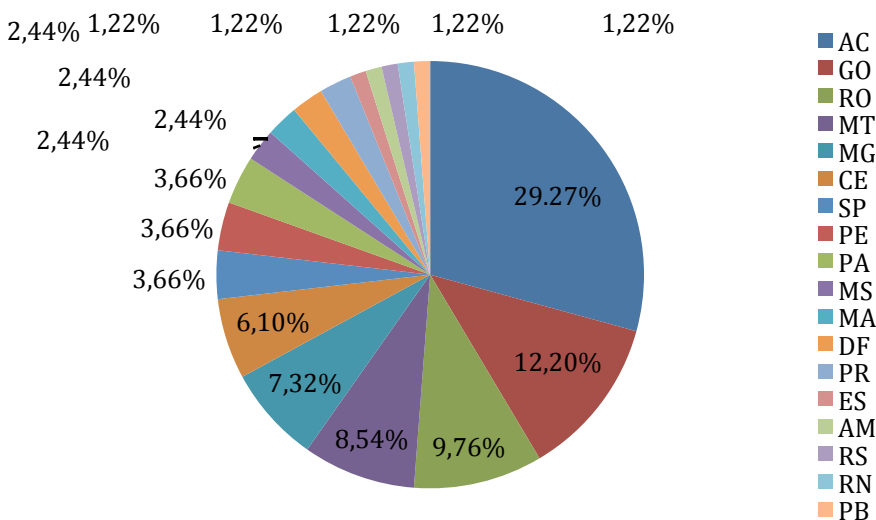
Resultados e discussão

Estudos nacionais realizados através da iniciativa e parceria entre várias entidades médicas, conseguiram obter informações relevantes sobre aspectos da formação, do trabalho e da saúde do médico brasileiro (Barbosa et al, 2007; Carneiro & Gouveia, 2004), no entanto, outros estudos se fazem necessários para o conhecimento mais aprofundado sobre questões relacionadas a má distribuição de médicos no território brasileiro, principalmente na região norte e nordeste e quais as possíveis soluções para a resolução deste problema de saúde pública.

Nesse sentido, o estudo realizado com os egressos de medicina da Universidade Federal do Acre, permitiu obter informações importantes sobre os médicos graduados pela instituição desde a primeira turma de graduados em 2007.

No **Gráfico 1**, Apesar de quase 71% do total de egressos serem naturais de outros estados, observamos que Acre é o que apresenta a maior oferta deles (29,2%), seguido do Estado de Goiás (12,2%) e de Rondônia (9,76%), correspondendo juntos com mais de 50% de toda amostra. Curiosamente, o estado do Amazonas, vizinho ao Acre na região norte, contribuiu somente com 1,22% dos egressos da UFAC; a mesma proporção de contribuição se observa em relação aos Estados do Espírito Santo na região sudeste, da Paraíba e Rio Grande do Norte na região nordeste, e o Rio Grande do Sul na região sul do país.

Figura 1: Distribuição dos Egressos de Medicina de acordo com a Naturalidade, Universidade Federal do Acre, período Junho-Agosto 2012



Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Ao se analisar a procedência dos egressos, obtivemos resultados próximos ao encontrados pelo CREMESP (2007a), no qual, quase a metade dos formados nos últimos 10 anos que atuam localmente nasceu em outros estados e que esta migração interestadual pode significar que cada vez mais o ensino em escolas médicas públicas, faz com que os alunos prestem vestibular de medicina fora de seus Estados de origem. Por outro lado, uma Instituição de Ensino Superior que ofereça o curso de medicina local pode representar uma fonte de estímulo aos estudantes daquela região (Santos et al, 2005). Conforme os resultados apresentados neste estudo, apesar de um crescente acesso de acreanos no curso de medicina da UFAC, ainda é grande a procura de universidades estrangeiras, como Cuba, Peru e Bolívia para uma grande parcela de estudantes do Acre cursar medicina (Scheffer et al, 2011).

Na **Tabela 1**, com relação às características sociodemográficas dos egressos da UFAC, observa-se que mais de 80% dos ex-alunos apresentam faixa etária abaixo dos 30 anos, todos brasileiros, a maioria do gênero masculino (61,8%), que ainda não apresentam vínculo conjugal (73%), negam tabagismo (100%), etilismo (51,8%) e o uso drogas ilícitas (98,8%). Dos que responderam sobre a prática de exercícios físicos, atividades de lazer e a qualidade do sono, mais de 50% afirmaram exercitar-se, divertirem-se e dormir bem respectivamente.

O perfil do egresso de Medicina da UFAC não difere do que ocorre no restante do Brasil. A tendência à formação de médicos jovens, conhecida como “rejuvenescimento do contingente médico” (Caovilla et al, 2008) e a “feminilização da medicina” (Sakai & Cordoni Jr, 2004) estão de acordo com resultados já publicados em outros estudos (Scheffer et al, 2013; CREMESP, 2007). O fato da grande maioria dos egressos da UFAC estarem solteiros pode estar relacionado ao exercício profissional, como responsável pela influência afetiva e pelo atraso na vida conjugal (Torres et al, 2011) dos jovens médicos. Da mesma forma, o cultivo de bons hábitos como a prática de exercícios físicos, o hábito de dormir bem, não fumar, de não consumir bebidas alcólicas ou drogas ilícitas estão associados à melhor qualidade de vida e maior satisfação profissional, refletindo um fator relevante no bem-estar profissional (Barbosa et al, 2007).

Tabela 1: Distribuição dos egressos de medicina segundo variáveis sociodemográficas. Universidade Federal do Acre, período Junho-Agosto/2012

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Até 30 anos	71	80,7
De 31 a 40 anos	16	18,2
De 41 a 50 anos	1	1,1
Não Respondeu	1	
<i>Nacionalidade</i>		
Brasileiro	89	100,0
<i>Sexo</i>		
Masculino	55	61,8
Feminino	34	38,2
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	65	73,0
Casado	24	27,0
<i>Tabagismo</i>		
Não	85	100,0
Não Respondeu	4	
<i>Etilismo</i>		
Não	43	51,8
Sim	40	48,2
Não Respondeu	6	
<i>Usa Drogas Ilícitas</i>		
Não	84	98,8
Sim	1	1,2
Não Respondeu	4	
<i>Pratica Atividade Física</i>		
Não	29	33,7
Sim	57	66,3
Não Respondeu	3	
<i>Tempo De Lazer</i>		
Não	18	20,7
Sim	69	79,3
Não Respondeu	2	
<i>Dorme Bem</i>		
Não	25	28,4
Sim	63	71,6
Não Respondeu	1	

Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Os aspectos relacionados ao trabalho médico estão apresentados na **Tabela 2**, e, se verificou que 87,4% egressos da UFAC afirmaram estar satisfeito com a carreira que escolheram, a grande maioria trabalha no setor público (61,4%), com vínculo empregatício via concurso público (28%) e por regime CLT – Consolidação das Leis do Trabalho (15%), trabalhando em mais de um local público ou privado (36,4%); atuando na área clínica (68,5%), em mais de uma atividade eletiva e/ou de urgência/emergência (42,5%), com jornada de trabalho de 60 horas semanais (41,6%), ou mais

(20,2%). Cerca de 82% dos egressos da UFAC apresentam renda mensal acima de 4 mil reais, com 46% apresentando vencimentos acima de 8 mil reais.

Os dados referentes à inserção laboral do egresso da UFAC condizem com as mudanças sofridas nos últimos anos, decorrentes da diminuição da força liberal da profissão, antes encerrada no consultório particular seu principal meio de renda, além do aumento vertiginoso de convênios médicos (Sakai & Corodni Jr, 2004). Os dados informam que apesar de mais de 60% dos médicos estarem inseridos no mercado de trabalho no setor público via concurso ou regime CLT, 36% atuam como prestadores de serviço, e, somente com a adoção de políticas de valorização dos profissionais de saúde, a desprecarização dos vínculos e a implementação de planos de cargos e carreiras, poderiam ampliar a presença, disponibilidade e a dedicação exclusiva de maior parte dos médicos atualmente vinculados ao SUS, o que poderia estimular a fixação dos profissionais de saúde principalmente nos municípios do interior, onde existe menor concentração de médicos (Scheffer et al, 2013).

Os resultados do estudo chamam atenção, com relação à extensa jornada de trabalho, maior ou igual a 60 horas semanais praticada pelos egressos, em mais de um local de trabalho, na área clínica de urgência e emergência. Este excesso de trabalho pode estar associado a diversas razões como a complementação de renda, à própria demanda de atendimento dos serviços de saúde, no entanto isso pode diminuir a qualidade do atendimento, levar a conflitos profissionais (Santos et al, 2005) e à possibilidade de erro médico (Cordeiro, 2011).

Tabela 2: Distribuição dos egressos de medicina de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho médico. Universidade Federal do Acre, período Junho-Agosto/2012

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Satisfação Profissional</i>		
Sim	76	87,4
Não	11	12,6
Não Respondeu	2	
<i>Setor de Trabalho</i>		
Público	54	61,4
Privado	6	6,8
Ambos	28	31,8
Não Respondeu	1	
<i>Vínculo Empregatício</i>		
Prestador de Serviço	31	36,0
Concurso Público	24	28,0
CLT	13	15,0
Mais de um vínculo	18	21,0
Não Respondeu	3	
<i>Local de Trabalho</i>		
Mais de um local em setor público/privado	32	36,4
Mais de um local em setor público	28	31,8
Apenas um local em setor público	24	27,3
Apenas um local em setor privado	3	3,4
Não Respondeu	2	
<i>Área de Atuação</i>		
Clínica	61	68,5
Cirúrgica	13	14,6
Ambas	10	11,2
Outra	5	5,6
<i>Tipo de Atividade</i>		

Variável	N	%
Urgência/Emergência	26	29,9
Eletiva	17	19,5
De Ensino	7	8,0
Mais de uma atividade	37	42,5
Não Respondeu	2	
<i>Jornada de Trabalho/Semanal</i>		
40 horas	34	38,2
60 horas	37	41,6
Mais de 60 horas	18	20,2
<i>Renda Mensal (R\$)</i>		
2 - 4.000	16	18,0
4 - 8.000	32	36,0
8 - 12.000	23	25,8
Acima de 12.000	18	20,2

Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Com relação à renda salarial, considerando-se os indivíduos que formaram entre 2007 a 2011, a maior proporção de ganhos informada foi entre R\$ 4 mil a R\$12 mil, valores elevados se levarmos em conta o tempo de formação e a idade dos egressos. Castellanos et al (2009), verificaram 87,5% dos indivíduos que ganham até R\$ 3.999,00 se formaram entre 1990 a 2004. Já 65,3% daqueles que ganham acima de R\$ 10.000,00 se formaram entre 1974 a 1989. No entanto em relação ao sexo, observamos que quando se trata da renda mensal entre os médicos jovens e do gênero feminino, percebe-se que seus salários são os menores (CREMESP, 2007b), conforme observado também em no presente estudo (**Tabela 3**), onde se pode verificar o perfil de renda dos graduados de acordo com a idade e gênero, 59,1% dos egressos com idade abaixo de 30 anos ganham até R\$ 10 mil reais. No entanto, entre os que recebem vencimentos acima de R\$ 10 mil reais verificou-se que os profissionais do sexo feminino recebem menos que os homens.

Tabela 3: Distribuição dos egressos de medicina por gênero e idade de acordo com a renda. Universidade Federal do Acre, período de Junho a Agosto / 2012

Variáveis	Renda					
	Até R\$ 10.000		Acima de R\$ 10.000		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Idade</i>						
< 30 Anos	52	59,1	19	21,6	71	80,7
30 – 40 Anos	10	11,3	6	6,9	16	18,2
≥ 41 Anos	0	0	1	1,1	1	1,1
Total	62	70,4	26	29,6	88	100
<i>Sexo</i>						
Masculino	33	37,1	22	24,7	55	61,8
Feminino	30	33,7	4	4,4	34	38,2
Total	63	70,8	26	29,1	89	100

Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Dos aspectos concernentes à qualificação profissional demonstrados na **Tabela 4**, 81,8% dos egressos avaliaram que a UFAC apresenta um bom curso de medicina, e que ao se formarem sentiam-se preparados parcialmente para o exercício da profissão médica (66,7%). A boa avaliação do curso de medicina da UFAC pelos egressos foi similar à avaliação dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC, da mesma forma, a respeito da preparação de forma parcial para a atuação profissional ao final da graduação como maioria das respostas, sinaliza neste quesito, a necessidade de aperfeiçoamento e educação médica continuada para exercer de forma mais segura a profissão (Caovilla et al, 2008).

Dos 57 (64%) aprovados em cursos de residência médica e/ou estágio de especialidade, 89,5% foram aprovados em serviços de instituição pública, em programas reconhecidos pelo MEC (77,2%), com recebimento de bolsa (94,5%). Os anos de 2010 e 2011 apresentaram maior índice de aprovação dos egressos da UFAC nos serviços de residência médica com 18,6%. Dos 32 egressos que afirmaram não fazer residência ou estágio, 27 responderam quais os motivos que não ingressarem na residência, 77,8% informaram a opção por trabalhar e 22,2% informaram terem sido reprovados nos exames. Dos 89 egressos que responderam o questionário, 5,6% informaram estar cursando em nível de pós-graduação os cursos de dermatologia, medicina do tráfego, terapia intensiva, ultrassonografia e medicina do trabalho. Com 2,4% em curso de Mestrado.

Verificamos que das especialidades apontadas pelos 57 egressos aprovados em cursos de residência médica e/ou estágio, as áreas de Clínica Médica (21,1%), Cirurgia (19,3%) e Ortopedia (12,3%), Ginecologia-Obstetrícia (10,5%) e Anestesiologia (10,5%) foram as mais frequentes. Somente 7% dos egressos encontram-se na residência de Pediatria, 2(3,5%) Radiologia, 1 (1,8%) Neurologia. Nenhum egresso mencionou atuar na área de Medicina da Família e Comunidade (dados não apresentados em tabela).

Encontramos que pós o término da graduação, 57,3% dos egressos encontram-se trabalhando no Estado do Acre, os demais, encontram-se distribuídos em maior frequência nos estados de São Paulo (5,6%), Minas Gerais (5,6%) e Paraná (4,5%). A grande maioria dos egressos encontra-se trabalhando nas capitais do Brasil (79%) (dados não apresentados em tabela).

Neste estudo, a inserção de uma grande parte dos egressos em programas de residência médica (PRM) nacional ou estágio supervisionado em especialidade médica, pode refletir como um melhor caminho para o preparo destes médicos após a graduação como forma de sanar as deficiências do ensino médico e para a formação de médicos especialistas (CREMESP, 2007a). Entretanto, faz-se necessário uma reflexão sobre esse comportamento desmedido voltado para a especialização, como resultado do modelo flexneriano, tecnicista, e de fragmentação do conhecimento, uma vez que contraria as bases da medicina holística, do modelo biopsicossocial, priorizando a doença e não o ser integral (Dantas, 2006; Feuerwerker, 1998), principalmente porque o modelo pedagógico da UFAC foi instituído com o intuito de formar “médico de família” de modo a prover de recursos humanos o Programa de Saúde da Família do SUS, modelo este que gerou inclusive críticas de entidades médicas e o descontentamento dos estudantes do curso (Stella, 1997).

Observamos que a proporção de ex-alunos que ingressaram na residência por ano de ingresso não alcançou 20%. Apesar dos serviços de residência médica sofrerem com a carência de vagas, e isto ser um grande fator de dificuldade para o acesso de médicos recém-formados que anseiam por uma especialização (Bueno & Pieruccini, 2004), entre os sujeitos que não estão inseridos neste tipo de pós-graduação, o motivo principal apontado por eles foi a opção em trabalhar, possivelmente relacionado à necessidade de ganhar algum dinheiro e se preparar para as provas de residência médica.

Neste sentido, é importante saber que os egressos da UFAC estão inseridos em cursos de residência médica ou especialização, reconhecidos pelo MEC, com meios de se sustentar através do recebimento de bolsa e que estão amparadas por instituições compromissadas com a educação médica e não somente com a utilização de mão de obra barata. Precisamos considerar ainda, a influência que hoje o mercado de trabalho exerce na hora de selecionar e contratar o profissional. Apesar de o médico generalista poder atuar e trabalhar sem a necessidade de especialização, o que se percebe é a cobrança do título de especialista como garantia de admissão e permanência no serviço, seja em serviço público ou privado. Todavia, estima-se que cerca de 40% dos formandos em medicina não terão acesso aos Programas de Residência Médica, a expansão privada do ensino médico não tem mostrado interesse em investir em residência médica, e necessariamente deve haver uma política de expansão de vagas em residência médica, pois existe capacidade instalada para esta expansão nas áreas básicas (Bueno & Pieruccini, 2004).

Dos que estão fazendo outros cursos como pós-graduação, tais como mestrado, verificamos um percentual abaixo do encontrado em outros trabalhos (Torres et al, 2012; Stella, 1997). É importante relacionar a importância não somente dos cursos de residência médica no local de graduação, mas do comprometimento da unidade formadora em oferecer cursos de mestrado e doutorado como

forma de garantir a qualidade e continuidade da formação de seus egressos, inclusive como forma de estímulo à docência e pesquisa.

O egresso ao escolher atuar como médico especialista prorroga sua formação médica por no mínimo mais dois anos e levando-o à inserção tardia no mercado de trabalho (Caovilla et al, 2008; Sakai & Cordoni Jr, 2004). Conforme verificado, os egressos da UFAC tendem a busca por especialização, e as áreas de preferência concentraram-se em 4 áreas básicas da medicina (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia e Gineco - Obstetrícia). As áreas de Cirurgia Geral, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Clínica Médica e Anestesiologia estão entre as que mais apresentam postos de trabalho segundo dados nacionais, talvez essa característica possa ser levada em conta no momento da escolha da especialidade entre as demais áreas (Scheffer et al, 2013).

Curiosamente no presente estudo, a Pediatria como área básica não foi uma das áreas preferenciais de escolha, diferente do observado por Castellanos et al (Castellanos et al, 2009), cuja Pediatria ocupou o primeiro lugar na preferência dos egressos. Vem sendo amplamente divulgado pela mídia a falta de Pediatras no SUS e até mesmo na área da saúde complementar em planos de convênio. Os profissionais tanto da Pediatria e da Obstetrícia reclamam de baixos honorários, excesso de pacientes e desvalorização profissional (Scheffer et al, 2011), tais fatores podem ser contributivos e influenciadores para os egressos não escolherem a Pediatria como área de atuação.

Tabela 4: Distribuição dos egressos de medicina de acordo com as variáveis relacionadas à qualificação profissional, UFAC, período Junho-Agosto/2012

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Avaliação do Curso de graduação</i>		
Ótimo	5	5,7
Bom	72	81,8
Regular	9	10,2
Péssimo	2	2,3
Não Respondeu	1	
<i>Exercício Profissional após a formatura</i>		
Preparado parcialmente	58	66,7
Preparado totalmente	27	31,0
Mal preparado	2	2,3
Não respondeu	2	
<i>Faz Residência ou Estágio</i>		
Sim	57	64,0
Não	32	36,0
<i>Motivo de Não Ingressar na Residência</i>		
Optou por trabalhar	21	77,8
Não foi aprovado	6	22,2
Não Respondeu	5	
<i>Ano de Ingresso na Residência</i>		
2008	1	1,2
2009	8	9,3
2010	16	18,6
2011	16	18,6
2012	13	15,1
Não Respondeu	3	
<i>Tipo de Instituição</i>		
Pública	51	89,5
Privada	6	10,5
<i>Reconhecimento do MEC/SBE</i>		
Sim	44	77,2
Ambos	13	22,8

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Recebimento de Bolsa</i>		
Não	3	5,5
Sim	52	94,5
Não Respondeu	2	
<i>Pós-Graduação</i>		
Especialização	5	5,6
Mestrado	2	2,4

Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Dos 89 egressos do estudo, 87 (97,8%) informaram o local de atuação profissional após a graduação. Após a graduação 57,3% dos egressos optaram por trabalhar no estado do Acre e os demais atuam em outras capitais do Brasil, perfazendo uma distribuição de 79% de egressos nas capitais e 21% atuando no interior (dados não apresentados em tabela). A tendência à fixação nas capitais pelos ex-alunos da UFAC assemelha-se à maioria dos estudos nacionais (Carneiro & Gouveia, 2004; CREMESP, 2007b), e de acordo com estes, inúmeros pretextos para essa realidade podem estar relacionados à busca de novos meios de inserção profissional, como o maior acesso a recursos tecnológicos, a facilidade de ampliação de conhecimentos, além da própria perspectiva de realização de residência médica.

Na **Tabela 5**, é possível avaliar os motivos que levaram os egressos da UFAC a se fixar no estado do Acre ou migrar para outro local. Os resultados encontrados neste estudo apontam que, para os egressos que permaneceram no Acre, a família aparece como principal fator para a fixação ($p = 0,032$), enquanto que, para aqueles profissionais que migraram para outro estado, as melhores propostas de trabalho foram o principal motivo alegado para a mudança ($p < 0,001$). A variável residência médica não demonstrou diferença estatisticamente significativa em nosso estudo, como motivo de fixação ou migração entre os grupos de egressos, o que difere do estudo realizado pelo CREMESP (2007a) que demonstrou que o local aonde se realiza a residência médica pode ser também um fator de fixação do profissional graduado. Apesar de não encontramos significância estatística para a variável residência médica, segundo dados da secretaria de Comissão de Residência Médica do Acre, dos 149 médicos residentes formados até o ano de 2011, 57,7% permaneceram no Estado após o término da residência médica. E das 37 vagas disponíveis para o ano de 2012 no Hospital das Clínicas, dez foram preenchidas por residentes com graduação pela UFAC. Quando analisamos os motivos de fixação ou migração do egresso segundo sexo, os homens alegaram como principal motivo de mudança para outro estado as melhores propostas de trabalho e remuneração ($p = 0,002$), e, para a sua permanência foram os familiares ($p = 0,025$). Quanto às mulheres, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas para os motivos alegados para fixação ou migração, o que pode estar relacionado ao pequeno número de mulheres que deixaram o estado do Acre após sua formação (dados não apresentados em tabela).

Torres et al. (2012), observaram em seu estudo que dos 96,4% dos egressos da UNESP que residiam em São Paulo, 70,4% referiram morar em cidades do interior, este fato nos leva a crer que em regiões bem desenvolvidas, mesmo em cidades do interior, as melhores condições de vida são atrativos para o médico exercer sua profissão nestes locais. Por outro lado, a menor concentração de médicos em regiões interioranas e mais distantes dos grandes centros revela além do descaso, com uma parcela da população desprovida de cuidados à saúde, a carência de políticas públicas sólidas destinadas à atração e permanência desse profissional nessas localidades (Sakai & Cordoni Jr, 2004), realidade muito bem observada nos estados do Norte e Nordeste.

Infelizmente na previsão de resposta da estrutura de oferta no âmbito do trabalho em saúde para 2030 (FIOCRUZ, 2012), o cenário não é nada alentador, pois persistirão no SUS condições inadequadas de vínculo, trabalho e remuneração em saúde. Que mesmo com reformulação de currículos em algumas universidades, o modelo de formação continuará orientado para especialidades e para o mercado privado. Com tendência ao acirramento de desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde e de desigualdades tanto nas especialidades básicas no âmbito da

atenção primária em saúde quanto nas especialidades clínicas, cirúrgicas e nas especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Esta distribuição deverá ser mesmo diferenciada, considerando-se o tamanho e o grau de desenvolvimento dos municípios e regiões. Continuarão a persistir os limites de inserção e envolvimento dos médicos no SUS, em face de condições de trabalho e de remuneração mais atraentes no setor privado.

Consideramos como limitações desse estudo, primeiramente a não utilização de uma amostra probabilística, no entanto, 67,4% dos egressos participaram da pesquisa, com todas as turmas representadas na amostra. O uso da internet foi de grande utilidade, pois que, possibilitou que 65% dos sujeitos da pesquisa, respondessem ao questionário via email e somente 35% restantes o fizessem pessoalmente, com dispensa de maneira vantajosa e onerosa a utilização de correio e telefonemas, permitiu aos sujeitos participarem da pesquisa a qualquer hora e em qualquer lugar que lhes fosse mais conveniente, assim como o armazenamento automático das respostas, e garantia da privacidade, impossibilitando a identificação do remetente (Carneiro & Gouveia, 2004). No entanto, podemos apontar como outras limitações com consequentes perdas de sujeitos da pesquisa, os questionários com algumas respostas incompletas, o endereço eletrônico desatualizado, a falta de motivação na participação voluntária dos egressos contatados pessoalmente ou pela internet, e a possibilidade do não entendimento de algumas perguntas (Lamounier et al, 2000).

Tabela 5: Motivos relacionados à fixação ou migração do egresso de medicina da Universidade Federal do Acre, período Junho a Agosto / 2012

Motivos	Acre N=50/87 (57,4%)		Outro Estado N=37/87 (42,5%)		p
	N	%	N	%	
Residência Médica	15	17,2	14	15,9	0,590
Familiares	13	14,9	03	3,4	0,034
Mais de um motivo	13	14,9	08	9,1	0,827
Casamento	03	3,4	0	0	--
Servir forças armadas	03	3,4	01	1,1	0,633
Obter experiência Profissional	02	2,3	0	0	--
Melhor proposta de Trabalho	01	1,1	11	12,5	<0,001
Não Respondeu	1				--

Fonte: Oliveira JG et al., 2015.

Considerações finais

O estudo permitiu descrever as características do egresso da UFAC e identificar os fatores relacionados à fixação e a migração do profissional médico após a sua graduação.

Concordamos que a abertura de mais escolas médicas não é um fator contributivo para diminuir a desigualdade da distribuição de médicos principalmente nos municípios do interior (Bueno & Pieruccini, 2004). Para a fixação de profissionais principalmente em áreas remotas, como a Amazônia, deve-se investir em melhores condições e ofertas de trabalho, aliadas à adoção de políticas públicas como o Plano de Cargos e Carreiras para o médico do SUS, além da garantia de continuidade da educação médica continuada e maior oferta de serviços e vagas na residência médica, possibilitando um maior atrativo ao profissional recém-formado permanecer nessas regiões.

Colaboradores

Oliveira JGS - participou de todas as etapas do estudo, incluindo a coordenação e concepção do projeto, coleta e análise dos dados, redação, revisão do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Paula GO - participou da coleta de dados, análise dos resultados, redação do manuscrito.

Araujo TS – participou da análise dos dados, revisão do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Andrade, E.O., Gouveia, V.V., Carneiro, M.B., Pinheiro, A.G. (Coords). (2005) *O médico e seu trabalho: resultados da região norte e seus estados*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Medicina.
- Barbosa, G.A., Andrade, E.O., Carneiro, M.B., Gouveia, V.V., (Orgs). (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Brasil. (2007). Ministério da Educação. Portaria no. 1.083, de 28 de dezembro. *Reconhecimento do curso de Medicina (bacharelado) da Universidade Federal do Acre*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- (2002). Ministério da Educação. Portaria no. 763, de 20 de março. *Autorização do funcionamento do curso de Medicina (bacharelado) da Universidade Federal do Acre*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- (2001). Ministério da Educação. *Institui as Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- Bueno, R.R.L., Pieruccini, M.C. (Orgs). (2004). *Abertura de escolas de medicina no Brasil – Relatório de um cenário sombrio*. Brasília, Brasil: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina.
- Caovilla, F., Leitzke, L., Menezes, H.S., Martinez, P.F. (2008). Perfil do Médico Egresso do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). *Revista da AMRIGS*, 52(2), 103-109.
- Carneiro, M.B., Gouveia, V.V., (Orgs). (2004). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Medicina.
- Castellanos, M.E.P., Silveira, A.F.H., Martins, L.C., Nascimento, V.B., Silva, C.S., Bortolotte, F.H.B., Garcia, J.B., Elias, P.E., Akerman, M. (2009). Perfil dos Egressos da Faculdade de Medicina do ABC: O que Eles Pensam Sobre Atenção Primária em Saúde? *Arquivo Brasileiro Ciências Saúde*, 34(2), 71-9.
- Cordeiro, E.B. (2011). *O erro médico e suas consequências jurídicas: uma abordagem sob a perspectiva defensiva do médico*. São Paulo, Brasil: Copyright.
- CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2007a). *Perfil do Médico do estado de São Paulo*. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/perfil_medico_2007.pdf Último acesso em: 30 de out. 2012.
- CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2007b). *O Trabalho Médico no Estado de São Paulo*. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf Último acesso em: 8 set. 2012.
- Dantas, A.B. (2006). *Egressos de Medicina no Pará*. [Dissertação]. Belém, Brasil: Universidade Federal do Pará.
- Feuerwerker, L. (1998). Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3), 51-71.
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. (2012). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ac&tema=sinopse_censodemog2010 Último acesso em: 20 de fev. 2012.
- Lamounier, J.A, Torga, A.L.G.F., Leite, G.L.F. (2002). Características e Conceitos dos Formandos do Curso de Medicina da UFMG. *Pediatria*, 24(3/4), 85-92.
- Sakai, M.H., Cordon Junior, L. (2004). Os Egressos da Medicina da Universidade Estadual de Londrina: Sua Formação e Prática Médica. *Revista Espaço para a Saúde*, 6(1), 34-47.

- Santos, M.I.P., Franco, E.F.P.M., Oliveira, L.G., Faria, L.T., Oliveira Neto, N.M., Amaral, T.S., Ribeiro, V.F. (2005). Perfil do Médico em Montes Claros e sua Atuação no Sistema Único de Saúde - SUS Loco - Regional. *Unimonte Científica*, 7(1), 41-8.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Biancarelli, A. (Orgs.). (2013). *Demografia Médica no Brasil: Cenários e Distribuição*. Brasília, Brasil: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina.
- (2011). *Demografia Médica no Brasil : Dados Gerais e Descrições de Desigualdades*. Brasília, Brasil: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina.
- Stella, R.C.R. (1997). Graduação Médica e Especialização: Uma Incompatibilidade Aparente. *Revista Associação Médica Brasileira*, 43(4), 290-4.
- Torres, A.R., Ruiz, T., Muller, S.S., Lima, M.C.P. (2012). Inserção, Renda e Satisfação Profissional de Médicos Formados pela Unesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 32-40.
- (2011). Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma auto avaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 264-275.

SOBRE OS AUTORES

Jene Greyce Souza de Oliveira: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (1993) e mestrado em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (2004). É médica especialista em Otorrinolaringologia e Medicina do Trabalho. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (ingresso em 2013). Atualmente atua na equipe de ORL do Hospital das Clínicas do Acre, docente assistente da disciplina de Otorrinolaringologia e de Bioética do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. Na área de pesquisa médica atua na linha sobre estudos em Leishmaniose Mucosa, Bioética e Otorrinolaringologia.

Grimar de Oliveira Paula: Médico graduado pela Universidade Federal do Acre (2012).

Thiago Santos de Araujo: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (2005), e mestrado em saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2010). Doutorando em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Acre na área de Epidemiologia e Bioestatística.

Aproximando o cuidador do idoso: a história oral de vida e a humanização do cuidado

Carla Souza Mota, Hospital São Paulo - Hospital Universitário da Unifesp, Brasil
Valdir Reginato, UNIFESP, Brasil

Resumo: O envelhecimento populacional têm trazido questões sociais de grande repercussão, dentre eles procurar identificar o papel do cuidador, como agente humanizador, neste processo dinâmico do envelhecimento foi o desafio que originou este estudo. A tentativa do nosso projeto é dar importância à História de Vida do Idoso, valorizando-o como ser único, experienciando sua oportunidade de falar e ser ouvido, aproximando cuidador e idoso e envolvendo-os num processo terapêutico.

Palavras chave: idoso, saúde do idoso, humanização da assistência, autobiografia

Abstract: The population aging has brought social issues of great repercussion, among them try to identify the role of caregiver, as humanizing agent, in this dynamic process of aging was the challenge that gave rise to this study. The attempt of our project is to give importance to the history of the Elderly Life, valuing it as a unique, experiencing your opportunity to speak and be heard, approaching caregiver and elderly and involving them in a therapeutic process.

Keywords: Aged, Health of the Elderly, Humanization of Assistance, Autobiography

Introdução

A desumanização do Cuidado do Idoso

Conforme os últimos dados coletados recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a expectativa de vida da população mundial que atualmente é de 66 anos, passará a ser de 73 anos em 2025. (Zimerman, 2000). Observa-se que hoje 120 países têm uma esperança de vida média da população de mais de 60 anos que, e em 2025, de acordo com a OMS, em 26 países, será de 80 anos. O IBGE (2008) mostra que, em 2007, a esperança de vida no Brasil já era de 72,28 anos. Recentemente, o Censo de 2010 (IBGE, 2010) apontou mudanças significativas na pirâmide etária brasileira, desde o último recenseamento em 2000.

Atualmente, constata-se que uma população com elevado percentual de idosos já é, por si mesma, uma questão social. A expectativa de vida prolongada de aposentados, associada a maior fragilidade desta população que resulta em maior atenção pela saúde, oferecem subsídios que sustentam esta afirmação. Quando esse grupo etário, em franca progressão, apresenta dificuldades em estabelecer relações harmônicas com os demais, passa a constituir um problema social de proporções de grande complexidade. Meyerhoff & Simic (1978), em uma coletânea de estudos antropológicos sobre o envelhecimento, revelam que o envelhecimento tem sido abordado como fenômeno universal, gerando problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos diferentemente através da diversidade de culturas.

No mundo Ocidental a velhice é vista, quase sempre, em termos negativos, na perspectiva da perda ou da falta, o que se relaciona diretamente com o fato de a sociedade ocidental valorizar fortemente a produtividade e o rendimento, exaltando a juventude e a aparência física como seu maior ideal. (Uchôa, 2003). Estes determinantes sociais, como a categorização de determinadas faixas etárias, idades-limite para certas funções favorecem formas discriminatórias, como a segregação da idade, o que é considerado como mais grave para o afastamento dos idosos das funções responsáveis e produtivas, corroborando, de certa forma para distanciar o velho da categoria de ser ativo socialmente. A geração mais antiga perde o espaço de autoridade e referência para as



mais jovens, que mais cedo passam a dominar o conhecimento tecnológico e adquirem suficiência econômica. Desse modo, cada vez mais, essas gerações promovem a substituição dos valores constituídos à sua imagem e moral (Salgado, 1980).

Bertachini e Pessini (2004, p. 2) referem que nos “deparamos diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. A pessoa vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de um determinado fim”. Questiona-se também o progresso da Medicina a fim de prolongar a vida humana infinitamente, aperfeiçoamento da ciência, sem fim terapêutico, anulando a satisfação e desejos particulares (Ribeiro, 2004). Fatos como estes, permitem que o envelhecimento passe a ser visto como um fenômeno biológico, ao invés de uma condição passiva que cada indivíduo reage a partir de suas referências pessoais e culturais (Uchôa, 2003).

Em contraposição aos grandes avanços, a demanda dos serviços de saúde tem produzido escassez de recursos, e posto grandes desafios no que se diz respeito à gestão desses recursos de Saúde, que estão diretamente relacionadas a “restrições orçamentárias”, “priorização das necessidades concorrentes”, “apropriação privada de bens públicos” e outros (Ribeiro, 2004). Pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) a espera para marcação de consultas, a quantidade insuficiente de medicamentos gratuitos, a falta de leitos em hospitais, e o idoso, em particular, sua saúde, possui uma recuperação mais lenta frente às moléstias (Zimmerman, 2000). No Brasil, os idosos diante de um meio social relativamente hostil à sua presença, como a falta de preparo para a aposentadoria, a precária situação econômica nem sempre têm encontrado condições para uma vida integrada e participativa (Salgado, 1980).

O papel do cuidador

A falta de uma assistência adequada pelo Sistema de Saúde, associada às mudanças no interior da dinâmica familiar, que levaram a transformações sociais na maneira de acolher o idoso em casa, provocaram, cada vez mais, o isolamento do idoso, promovendo o aparecimento da figura do *cuidador*. Um personagem que não necessariamente é um técnico da área da saúde, e que, muitas vezes, com noções rudimentares de cuidados necessários às atividades cotidianas do idoso passam a ser seus acompanhantes; responsáveis pelos cuidados de higiene, alimentação e controle do uso de medicamentos prescritos quando necessários. Este cuidador pode atuar em domicílio do próprio paciente, ou em instituições de longa permanência (ILP), conhecida outrora como asilos. (Carvalho, 2004)

Ainda que muito já tenha avançado no sentido de melhor definir, qualificar e treinar este *cuidador* especializado no idoso, as perspectivas ainda se limitam, fundamentalmente, às dimensões biológicas do cuidado. (Duarte & Lebrão, 2006). A abordagem humanizada, levando em consideração dimensões mais amplas e complexas da vida e da saúde do idoso exige, sem dúvida, um aprimoramento da reflexão sobre a relação cuidador – idoso. Mais do que se centrar nas necessidades físicas do idoso, provocadas por eventuais “problemas de saúde”, o cuidador deveria estar atento também a certas circunstâncias de ordem social e psicológica (como apontado acima) que influem de forma decisiva na condição do idoso em nossos dias. Condição esta marcada pelo abandono e pelo silêncio (Benedetto et al, 2009).

Procurando refletir em abordagens e atitudes que ajudem a reverter este quadro, Uchôa (2003) afirma que as intervenções frente aos idosos devem partir do princípio de que estes têm que ser ouvidos, e aquele que ouve ter a intenção de compreender qual o significado que os idosos atribuem a esta fase de suas vidas e de que modo lidam com isso. Neste mesmo sentido, Bosi (1994) aponta a importância fundamental que na vida do idoso representa o seu passado, talvez, muitas vezes, “o único que ainda lhe resta”. Poder transmitir esse patrimônio, esse bem apresenta-se como um elemento de troca recíproca de grande importância, pois a efetividade que qualquer relação só existe quando há intercâmbio entre as partes.

Neste sentido, são muitos os estudos que têm apontado o poder transformador e até terapêutico que as narrativas autobiográficas podem desempenhar na abordagem da pessoa idosa (Bosi, 1994). A experiência de Gallian (2008, p. 21) revela, por sua vez, como uma forma particular de utilizar-se

da História Oral como meio de produzir relatos autobiográficos, não apenas pode servir como recurso privilegiado de pesquisa qualitativa, mas também como meio de geração de vínculos e compromettimentos humanos.

Objetivos do estudo

Procurar identificar o papel do cuidador, como agente humanizador, neste processo dinâmico do envelhecimento foi o desafio que originou este estudo. O objetivo foi verificar em que medida a História Oral de Vida, tal como caracterizada por Bom Meihy e Holanda (2007) e Gallian (2008) pode se constituir como um recurso de aproximação entre cuidador e idosos e apresentar-se como um elemento humanizador nesta relação de cuidado.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, utilizando-se da História Oral, de forma particular a “História Oral de Vida” como metodologia. Entre as diversas definições o cerne da História Oral consiste principalmente na arte de apreender narrativas, recolher testemunhos, a fim de obter material para análise de um determinado processo social do presente, abrindo o conhecimento do meio em estudo. Esta apreensão favorece não apenas os estudos de identidade, mas também toda a memória de uma cultura. (Meihy, 2005).

Foram entrevistados sete idosos, quatro do sexo feminino e três do sexo masculino. Cinco destes idosos pertenciam à Instituições de Longa Permanência (ILP), duas particulares e uma filantrópica. Sendo que os outros dois idosos residiam em suas próprias casas, mas apresentavam algum tipo de dificuldade em decorrência da própria idade e necessitavam de um cuidador. Ao todo foram realizadas 12 entrevistas, compreendido entre 30 min à 2 horas cada. Cada participante concedeu duas entrevistas, com exceção de dois idosos, que concederam apenas uma. Todas as entrevistas foram realizadas ao longo do ano de 2010.

As entrevistas foram abertas e não diretas e visaram suscitar um relato amplo e livre da trajetória de vida dos entrevistados, conforme as diretrizes preconizadas por Bom Meihy e Holanda (2007) e Gallian (2008).

As entrevistas foram transcritas e depois submetidas à *transcrição* que, segundo Gallian (2008, p. 25), constitui-se em “transcriar’ o *acontecimento* entrevista num relato literário, fiel ao mesmo tempo à fala do narrador e aos cânones fundamentais do código escrito.” Uma vez transcritas, as narrativas eram devolvidas aos entrevistados, para que pudessem ser conferidas e aprovadas pelos mesmos. Depois disso, cada uma dessas narrativas foi “editada” na forma de um caderno ou livro, onde na capa constava um desenho evocativo do “tom vital” da sua história de vida, ou seja, uma frase ou palavra que destaca-se como elemento significador e orientador da narrativa (Meihy; Holanda, 2007).

Posteriormente, algumas cópias destes “cadernos”, contendo a história de vida de cada um, foram dadas aos entrevistados para que eles pudessem presentear para quem quisessem. Todo esse processo foi acompanhado pelos pesquisadores, que se utilizaram também do recurso do caderno de campo (Meihy; Holanda, 2007), a fim de registrarem as reações, considerações e avaliar o progresso do processo de aproximação entre pesquisador e entrevistado.

Durante todo o desenvolvimento desta pesquisa contou-se com o apoio do CNPq.

Resultados

Como resultados apresentamos, primeiramente, algumas particularidades de cada entrevistado e, posteriormente, discutiremos as reações e acontecimentos ocorridos durante o processo desde a fase inicial até a sua finalização. Os participantes foram indicados pela letra maiúscula **E** que significa entrevistado (a), e o número de ordem em que as entrevistas aconteceram.

Entrevista 1

E1 foi indicada pela Instituição, por ser natural da Itália e de ter vivido no período da Segunda Guerra Mundial. Apesar disso, a guerra aparece em sua história como um pequeno detalhe diante da grandeza que esta pessoa foi e do que representa. **E1** traz arraigado consigo o amor e desvelo pela família, bem como pelo marido, hoje já falecido. Tem carinho especial pelos filhos e netos, e os mesmos procuram estar o mais possível presente em sua vida, por meio de um e-mail ou até mesmo de uma bengala decorada. Atualmente vive em uma ILP há 6 anos. Fala da morte com doçura como se tivesse cumprido sua jornada e seu eterno amante a aguardasse.

Em contato com os familiares, descobrimos que o trabalho teve uma grande repercussão em toda família, até mesmo os parentes que se encontram em outros países, como por eles relatados seu resultado causou “entusiasmo” e “muita emoção” em todos.

Entrevista 2

E2 não pode sair de casa, pois relata certa urgência para ir ao banheiro, o que lhe causa muito desconforto. Era expressiva a depressão em seu rosto, tanto que no começo não conseguia falar espontaneamente, sempre nos perguntava: “*O que mais você quer saber?*”. Já na segunda entrevista, falava espontaneamente, ficando mais à vontade para pensar e narrar os acontecimentos. Depois de desligado o gravador, a conversa prosseguiu até que sua filha interrompeu para o almoço, e o comentário dela foi “*Como a hora passa, logo agora que estávamos tendo uma conversa tão gostosa!*”!

E2 é vítima de uma deficiência física. Não consegue se sentir útil e não vê sentido para continuar vivendo sem seu marido, que perdeu há vários anos. Tudo isso refletiu na piora de sua saúde. Apesar de sua expressão de melancolia, **E2** adora fazer amizades, conversar e receber visitas. Conta que sua data preferida é o Dia das Mães, quando não só é lembrada, mas visitada por suas filhas e netos, todos saem da rotina para vê-la, fala que sempre chora de emoção.

E2 ficou muito grata por ter sua história escrita e presenteou-a para seus filhos e netos. Sua filha, com quem mora atualmente, ficou espantada por conhecer peculiaridades da vida de sua mãe que desconhecia. Mas, o que marcou, dito por elas, sendo mais significativo no processo, foi o carinho de ter composto um caderno personalizado; disseram que não imaginavam no início das entrevistas que o trabalho poderia ter atingido essa magnitude.

Para a participante o mais importante não foi ser presenteada com o livro de sua história, embora extremamente significativo, mas como ela diz “*conhecer você, minha amiga!*”! Hoje, a idosa está acamada, recuperando-se de cirurgia no quadril e pé, em razão de uma queda da própria altura, não se sabe ainda se voltará a andar. Quando ela nos vê, seus olhos enchem de lágrima, pede para segurar sua mão, faz carinho e pede que sempre que puder façamos-lhe uma visita.

Entrevista 3

E3 tem 102 anos e conta com uma lucidez espantosa, que se expressa numa excepcional habilidade para contar histórias. Teve uma vida cheia de obstáculos, mas firmada em Deus e em sua fé. Perdeu o marido moça, ficando com seis filhos para educar e sustentar. Tem gravada em sua memória diversas letras de música que, inclusive, fazem parte da entrevista; sabe versículos da Bíblia e cantar é a forma como prefere se expressar. Seu discurso tem um percurso próprio: **E3** precisa apenas de um ouvinte. Não foi interrompida nem precisou de ajuda alguma para lembrar-se. Concedeu uma entrevista que durou cerca de 2 horas, sem interrupção. Quando o trabalho transcrito seria encaminhado para conferência, a idosa foi internada no Hospital com uma pneumonia e em menos de uma semana faleceu.

Sua morte foi noticiada no jornal local. Decidimos entregar os cadernos aos seus filhos e também ao Pastor da Igreja que a idosa frequentava, pois além deste ter sido citado em sua história de vida, falava com muito carinho dele. O Pastor, além de muito agradecido, parabenizou-nos pela abordagem, disse que o idoso não tem recebido a atenção merecida, e qualquer oportunidade que tivermos de valorizá-lo nos dias atuais, torna-se algo singular e especial.

A filha da entrevistada uniu-se à filha de outro participante e redigiram uma carta agradecendo a realização do trabalho. Ambas tiveram a mesma surpresa, fatos que desconheciam foram revelados, além de agradecer pelo carinho e dedicação do mesmo. Os netos, ao terem contato com o trabalho também se surpreenderam. Ficaram emocionados por poderem guardar a história de uma pessoa que não pode mais estar fisicamente com eles, mas que terão para sempre em suas memórias.

Entrevista 4

E4 conta-nos que já não sabe mais há quanto tempo vive na Instituição de Longa Permanência. Tem dificuldade de se expressar, como foi observado pelas pausas frequentes, porém a vontade de participar dominava o ambiente, demonstrava muito entusiasmo. Qualquer pessoa que tentava saber o que estava acontecendo ali, era “educadamente” convidada a se retirar por ela.

E4 disse querer ir para sua casa, mas que seu filho não podia saber “*se não fica bravo*”, e foi com base nessa pequena brecha de confiança que se estabeleceu um vínculo de cumplicidade com o entrevistador. Quando entramos em contato com a Instituição para marcar a data de visita, onde ocorreria a conferência do trabalho pela idosa, tivemos a notícia de seu falecimento. Há pouco mais de um mês, em um contato, sabíamos que estava muito bem, porém depois de uma queda da própria altura, foi encaminhada ao Hospital, abordada cirurgicamente, mas não resistiu durante a recuperação.

Entramos em contato com a família que não conhecíamos e explicamos o procedimento do trabalho, já que a idosa era independente e lúcida e tinha decidido por si só participar, mas não havia comentado nada com a família. O surpreendente foram as revelações da família, apesar da entrevistada ter o tom vital “*O que eu mais desejo na vida é poder ir para a minha casa...*”. A administradora da ILP e a família relataram o mesmo fato: a idosa não queria voltar para a sua casa. Toda vez que a idosa relatava que gostaria de voltar para sua casa, falava a respeito do tempo gostoso que viveu num período específico, antes da morte de seu filho e marido. Assim relata com pesar a morte de seu marido “*Deus levou ele, e eu fiquei...*”.

Quando fazia uma visita **E4** queria voltar rapidamente à Instituição. Referiram que a mesma havia feito o pedido para entrar na Instituição, em razão dos problemas que vinham acometendo sua saúde. Pessoas da Instituição e familiares confirmavam que a idosa adorava a Instituição, e era muito participativa, brincava, inclusive, fez questão de ir à um carnaval que fizeram para eles. O filho e a nora de **E4** ficaram agradecidos pela recordação, já que estavam sofrendo muito com essa perda, porém agora teriam uma recordação concreta, abrigando muito amor e carinho.

Entrevista 5

E5 também residia em uma ILP, mas este idoso estava muito à vontade dentro de sua “casa”, como bem refere. Disse ser temporária sua estada e que pretende sair e ter sua casa própria. De fato, possui certa independência na casa, dentre elas, a liberdade de ir e vir, lavar suas próprias roupas e arrumar sua cama. Veio para a Instituição por falta de lugar para morar. Sua mulher é falecida e seus filhos distantes.

Após ter tido uma vida boêmia, como ele mesmo relata, foi desprezado por seus parentes. Atualmente, encontra-se muito bem servido de amigos, e afirma que estes podem substituir sua família ausente e diz estar pronto para ajudar outras Instituições que abrigam idosos. Além disso, seu discurso constitui-se em um verdadeiro ensinamento aos profissionais de saúde, e vai mais além, para pessoas que gostariam de ter seus vícios terminados e uma vida restituída. Mesmo tendo o seu passado marcado por mágoas, pôde pronunciar o discurso como uma espécie de aceitação ou acomodação, o que o disponibiliza para viver uma vida diferente, que desconhecía, superando obstáculos, estando pronto para viver mais anos com saúde, como relata. A devolutiva de todo o processo do trabalho lhe surpreendeu e frisou que o mais importante de tudo foi a amizade que travou conosco, coisa que naquela altura da vida, não imaginava mais possível.

Entrevista 6

Natural de Rússia, **E6** diz não compreender o porquê das guerras, já que foi peregrino em diversos países. Hoje, reside em uma das ILP de São Paulo. Quem o vê de boné, é difícil perceber que os anos se passaram e ele se afastou de sua juventude.

Antes da segunda entrevista, ficamos sabendo que **E6** havia perguntado sobre nós, mas quando fomos visitá-lo, disse não ter mais nada para contar de sua vida. Brincando acrescentou: “*Quer que eu minta?*”. Então, ficamos sentados apenas conversando, de forma descontraída e informal, sem nos preocuparmos com a gravação. Seu discurso foi carregado de humor, mas era possível sentir um sinal discreto de tristeza, que logo foi esquecido. Preferiu ficar à margem de certos aspectos que aconteceram em sua vida, mostrando nitidamente que questões mal resolvidas podem trazer certo desconforto.

O participante ficou impressionado como o trabalho finalizado, que, segundo ele, “foi fiel à sua verdadeira história de vida”. Disse que iria trocar um de seus livros com outro idoso da mesma Instituição, para que ambos se conheçam mais, já que a única pessoa próxima é seu filho.

Entrevista 7

Sentado permanentemente em uma cadeira devido à amputação da perna esquerda, **E7** usava de toda sua inteligência e sabedoria nos ensinando muito a respeito da vida. Apreciador da boa cultura e educação, integra-se com o mundo por meio de televisão, jornais e revistas. Expõe um mural de fotos em seu quarto que revelam momentos preciosos de sua vida. Apesar de seu excelente desempenho profissional, sua maior admiração é a família, mas a primeira família, seu pai e sua mãe, prova disto é um porta-retratos deles no criado ao lado de sua cama. Lamenta o fato de ser problemática a questão da educação no Brasil e brinca dizendo que pode resolver todos os problemas do País.

Demonstra aceitar sua condição, referindo-se à comida que lhe é oferecida na ILP, como sendo adequada à população-alvo, diz que está fazendo o melhor de sua vida nesse momento: refletindo, uma das suas paixões. Define-se a si mesmo como “*expectador do mundo*”.

No dia da entrega do trabalho finalizado, ou seja, o caderno personalizado, encontramos **E7** com a fisioterapeuta da Instituição que, ao ver o trabalho, ficou encantada e começou a implorar que queria ler. Ela tem um carinho muito especial por ele e parabenizou-me pelo trabalho, disse que é bom mostrar a eles como são importantes. Quando estávamos saindo da Instituição, a Fisioterapeuta passou com um caderno do idoso, radiante, dizendo que ele havia dado uma cópia para ela. Esta disse, jocosamente, que estava com todos seus segredos nas mãos. Uma Enfermeira da Instituição também se interessou e pediu para olhar o trabalho, disse estar fantástico, que não imaginava que poderíamos aproveitar esse instrumento em nossa área.

Discussão

Eclea Bosi em seu já célebre *Memória e Sociedade: lembranças de velhos* (1994) destacou o lugar central que a memória, coletiva e individual, ocupa na dimensão da identidade da pessoa idosa. É em torno da memória que se estrutura a identidade, sendo que esta, por sua vez, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde integral da pessoa. Há quase um século atrás, Walter Benjamin (1987), em memorável ensaio sobre a obra de Nikolai Leskov, destacava, por sua vez, a relação que se estabelecia entre a desumanização característica da Modernidade e a morte da narrativa: o desaparecimento da capacidade de narrar compromete a própria dignidade da pessoa humana, ao matar a dimensão mais essencial da própria identidade, a saber, a experiência vivida.

Como vimos, o alijamento do idoso, determinado pela lógica produtivista e utilitarista do mundo contemporâneo acaba engendrando uma dinâmica perversa de marginalização social, com inevitáveis conseqüências em suas condições de saúde numa perspectiva ampla e integral.

Através das narrativas coletadas por meio da abordagem da História Oral de Vida pode-se perceber de uma forma muito concreta como o idoso experimenta esse processo de marginalização e

esquecimento por parte do “mundo jovem e produtivo” e como isso acaba influenciando diretamente em sua suas condições de saúde. As narrativas apontam que, mais do que as limitações físicas determinadas pelas diversas enfermidades, a solidão e isolamento são as causas de maior sofrimento e tristeza.

De alguma forma, verificamos aquilo que Bosi (1994) aponta de que a memória não compartilhada não apenas se perde enquanto meio de afirmação da identidade do indivíduo na sociedade, mas acaba por se “petrificar” na interioridade silenciosa e solitária daquele que viveu, que experimentou, voltando-se então contra ele mesmo em forma de dor, de sofrimento, de doença. Neste sentido, o primeiro efeito da realização de nossa abordagem acabou se concretizando, em quase todas as falas, em uma “experiência de alívio”, de “libertação”. Ou seja, a História Oral de Vida, independente das repercussões no âmbito do vínculo, da relação entre quem ouve e quem fala, apresenta um inegável caráter terapêutico; característica esta já apontada por diversos autores que realizaram trabalhos dessa natureza (Meihy & Holanda, 2007; Gallian, 2008).

A prática da História Oral pôde nos revelar não só a respeito da realidade interna de cada participante, mas, sobretudo a representação de cada indivíduo, com suas particularidades, aproximando tanto os entrevistadores como a família que, muitas vezes, relata desconhecer os diversos aspectos que estavam presentes na vida do idoso. Por isso, o cuidador, quando não é alguém da própria família, pode se apresentar como interlocutor ou um veículo de vínculo, compreendendo a realidade do idoso de uma maneira diferente.

Pudemos observar como a prática de ouvir o idoso aponta não só para um resultado, mas emerge um movimento social, na tentativa de desestruturar as formas de preconceito, preparando a sociedade para lidar com o novo ‘velho’. Portanto, trazemos para nosso meio à voz e vontade do velho, além de inseri-lo como parte integrante da sociedade, aprendendo, certamente, com uma voz que transmite conhecimento e jorra sabedoria, tampouco lembrada em nossa geração.

Além disso, não é apenas o fato de tornar uma informação “pública”, mas trazer à existência coisas que poderiam ser esquecidas ou deixadas para trás, colocando importância nos fatos mais simples, além de tentar trazer a vida dos idosos, não só para o patamar onde estamos todos nós considerados adultos, mas, mais acima, são exemplos que dignificam a vida. Cada idoso com toda sua experiência aponta para percepções de vida diferentes que, sem dúvida, provocam admiração e afeto por aquele que os ouve.

O grande mérito dos depoimentos é a revelação do desnível assustador da experiência vivida nos seres que compartilharam a mesma época; a do militante penetrado de consciência histórica e a dos que apenas buscaram sobreviver. Podemos colher enorme quantidade de informações factuais, mas o que importa é delas fazer emergir uma visão de mundo (Bosi, 2003).

Assim observamos que **E1** conseguiu se proteger dentro de túneis, fugindo do bombardeiro. Hoje, é o elo mais forte que une sua família espalhada pelos diversos países. **E2** que nos mostrou que não há idade para iniciar uma grande amizade. **E3** que demonstrou garra para sustentar seis crianças e viveu mais de 100 anos para ensinar a todos sua fé. **E4** com toda sua gratiosidade, revelou que todos nós queremos voltar a nossa casa, voltar à melhor época de nossas vidas, à fase mais significativa de nossa memória. **E5** nos mostrou como a sociedade julga o comportamento, e como nós mesmos não aceitamos que alguém possa se regenerar e começar outra vida, mesmo aos 60 anos. **E6** que nós deu uma lição de amor e caráter ao tentar prevenir a situação financeira de sua ex-mulher, após seu falecimento. **E7** tinha uma forma de encarar a vida que poderia servir às diversas pessoas com medo de envelhecer.

Todos os participantes, dentro do discurso envolveram-se com seus sentimentos, mergulhando no mar profundo de suas próprias histórias. Certos episódios eram narrados com um sentimento muito expressivo, sentia-se como se revivessem o momento descrito. Os pontos positivos do discurso causavam riso e um gosto de “quero mais”; os negativos, faziam parte de uma espécie de incorporação do fato, sem ou não aceitação, tornando-se um processo efetivo e indispensável à implementação da Humanização em Saúde. Esta humanização que se incorpora e deve estar vinculada as diversas atividades de cuidados cotidianos dos idosos a partir do momento que se propõe a ouvi-los. (Ferreira & Derntl, 2006)

O fato é que muitas ações humanizadoras, infelizmente, não têm sido aplicadas por todos os Profissionais de Saúde, fato que elucida o grau de deficiência na qualidade do atendimento. Os profissionais precisam aprimorar o cuidado visando à Humanização, de forma não só a aplicar a “lei” que preserva a dignidade do idoso, mas também oferecer a oportunidade de crescer humanamente por meio da fala e da escuta.

Além disso, na atualidade, pode-se afirmar que as instituições geriátricas, gerontológicas e asilares da rede pública e privada não servem como modelo gerador de serviços, para que o idoso possa alcançar a qualidade de vida. Todos os Profissionais de Saúde têm como compromisso apresentar alternativas para a geração de serviços eficientes com enfoque mais voltados ao direito do idoso como pessoa (Duarte, 1998).

Independente do assunto, envelhecer, dividir opiniões sobre a aparências das pessoas, ou seja, da estética do velho, é muito comum o anúncio do envelhecimento causar desestabilidade para a maioria das pessoas. Quem gostaria de esquecer todas lembranças de uma vida toda, ou depender de tudo e de todos para terminar seus dias?

Os idosos, através de seus discursos, estão representando a vida, com toda sua maturidade tratam a morte como algo natural e continuam vivendo. Quando mergulhamos no discurso de cada idoso, dificilmente alguém conseguirá estar alheio a essas Histórias de Vida, e não conseguirá impedir de ser tocado em seu âmago. Talvez os Profissionais de Saúde tenham tanto a morte natural como a social que evitam dar voz aos idosos, na tentativa de excluir a possibilidade de lidar com suas próprias questões existenciais.

Negar o medo da morte, só acaba por mascarar a realidade, anulando a própria natureza humana. Certamente, grande parte do problema está não no medo da morte, mas, sim, em sua não aceitação da vida e em seu sentido. Não precisam utilizar de mentiras ou falsas suposições como “você irá melhorar” ou “nada acontecerá a você”, nem tampouco verdades: “É o fim de nós todos”! Precisamos proporcionar a oportunidade de oferecer o acolhimento de colocar em prática o exercício da memória, para que revivam o que mais significou em sua vida, seus maiores prazeres e felicidades, eles precisam de um sorriso, precisam ser ouvidos...

A tentativa do nosso projeto é dar importância à História de Vida do Idoso, valorizando-o como ser único, experienciando sua oportunidade de falar e ser ouvido, aproximando cuidador e idoso e envolvendo-os num processo terapêutico .

Trata-se de um exercício por parte do profissional ao continuamente estar buscando o melhor atendimento, como não permitir que os afazeres diários engessem nossa alma e coração, enterrando a sensibilidade de ver no outro muito mais que sua aparência nos mostra. A escuta atenta, o olhar nos olhos, o fundamento do cuidar foi sendo substituído nos últimos tempos por uma série de procedimentos técnicos, ainda que muito úteis e necessários, exercitados de forma isolada, em detrimento da escuta, gerando necessariamente uma sensação de mal estar, própria de uma cultura desumanizada.

Por sua vez, o cuidar humanizado depende da compreensão do cuidador do significado da vida e este deve compreender a si mesmo e ao outro. Bertachini; Pessini (2004) propõem como desafio a criação de novas oportunidades para os seres humanos existirem e viverem de forma digna.

Algumas vezes este trabalho comportou-se simplesmente como uma oportunidade para um encontro, por outras, o conforto de uma presença que não se reduzisse a um procedimento protocolar, a uma abordagem meramente técnica e fria do "cuidar". Na maioria das vezes, entretanto, tal experiência, provocada e sistematizada pela abordagem da História Oral de Vida, com toda sua dinâmica de colaboração, acabou por se mostrar um caminho de criação de vínculo, de aproximação que, seguramente torna concreta e efetiva a humanização do cuidado.

Conclusões

Percebemos que o discurso sendo uma ferramenta tão simples na prática e isenta de recursos financeiros é, ao mesmo tempo, tão complexa e carregada de valores, que nos faz repensar qual o tipo de prática profissional que temos exercido. Muitas vezes, questionar a qualidade da assistência,

que não diz respeito somente à adoção de tecnologias e protocolos modernos, mas, de uma simples atitude que faz toda diferença na qualidade da assistência à saúde.

A realização do trabalho contribuiu para mostrar ao participante o quanto ele era importante como ser humano. Ninguém permanece o mesmo depois de uma experiência de narrativa, nem mesmo o próprio narrador responsável pelo discurso. A história de vida humaniza a pessoa, personalizando-a.

A História Oral beneficia o indivíduo conduzindo-o à uma das maiores verdades íntimas do homem, permitindo reviver seus fascínios por meio do discurso. O momento da divulgação dessas memórias têm se tornado o momento oportuno para o entrosamento dos profissionais de saúde, não só da Enfermagem.

Tais acontecimentos corroboram para divulgação do fato de que a História Oral pode ser um instrumento para aproximar o cuidador do idoso, comprovando a hipótese inicial do estudo, criando vínculos e aproximando cuidador/entrevistado.

REFERÊNCIAS

- Benjamin, W. (1987). O Narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Magia e Técnica, Arte e Política; ensaios sobre literatura e história da cultura* (pp.197-221). São Paulo, Brasiliense.
- Bertachini, L; Pessini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Editora Loyola.
- Bosi E. (1994). *Memória e Sociedade: Lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- (2003). *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Carvalho, V.A. (2004). Cuidados com o cuidador. In L. Bertachini e L. Pessini, *Humanização e cuidados paliativos* (pp. 305-319). São Paulo: Editora Loyola.
- Duarte, M.J.R.S. (1998). Autocuidado para a qualidade de vida. In C.P. Caldas, *A saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 17-34). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Duarte Y.A.O & Lebrão M. L. (2006). O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. In L. Pessini e C.P. Barchifontaine (orgs.), *Bioética e Longevidade Humana* (pp. 467-484). São Paulo: CUSC, Edições Loyola.
- Ferreira, A.M.T.G.B. & Derntl, A.M. (2006). Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. In L. Pessini e C.P. Barchifontaine (orgs.), *Bioética e Longevidade Humana* (pp. 445-466). São Paulo: CUSC, Edições Loyola.
- Gallian, D.M.C. (2008). *75X75 EPM/Unifesp: uma história, 75 vidas*. São Paulo: Unifesp.
- Gomes, L.B. & Merhy, E.E. (2011). Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*, 27, pp. 7-18.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Em 2007, no Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 72,57 anos*. Rio de Janeiro. [atualizado: 01/12/2008, acesso em 14/09/2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1
- *Dados preliminares do Censo 2010 já revelam mudanças na pirâmide etária brasileira*. Rio de Janeiro. [atualizado: 27/09/2010, acessado 14/09/2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1722&id_pagina=1.
- Meihy, J.C.S.B. (2005). *Manual de História Oral*. São Paulo: Loyola.
- Meihy, J.C.S.B. & Holanda, F. (2007). *História oral: como fazer como pensar*. São Paulo: Contexto.
- Ribeiro, C.D.M. & Schramm, F.R. (2004). Como equacionar a desejável frugalidade e a necessidade de proteção na saúde do idoso? *Cad. Saúde Pública*, 20, pp. 1157-1159.
- Salgado, M.A. (1980). *Velhice: uma nova questão social*. São Paulo: SESC-CETI.
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. de Saúde Pública*, 19, pp. 849-853.
- Zimerman, G.I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. São Paulo: Artes Médicas.

SOBRE OS AUTORES

Carla Souza Mota: Atualmente atuo como Enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva, concluindo a Pós- Graduação em Terapia Intensiva pela Faculdade Israelita Albert Einstein. Continuo prosseguindo com o tema deste trabalho na área de Humanização e Ciências da Saúde, no seguimento de novas publicações e iniciação para o Mestrado.

Valdir Reginato: Atua como professor colaborador junto ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da UNIFESP desde 2002 nas disciplinas de História da Medicina (Cursos de Medicina e Enfermagem), Bioética (Curso de Ciências Biológicas e Enfermagem) Filosofia (Cursos de Ciências Biológicas e Enfermagem), Espiritualidade e Medicina (Cursos de Medicina e Enfermagem). Atualmente desenvolve a criação de um Núcleo de Estudos e Pesquisa em Espiritualidade voltado para área da saúde.

Odontologia e Modernidade: relatos de vida profissional de odontólogos brasileiros

Luciana Alves da Costa, Unifesp – EPM, Brasil

Resumo: O presente artigo tem como propósito mostrar o desenvolvimento de um projeto realizado na linha de pesquisa Humanidades, Narrativas e Humanização em Saúde, no Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) na Unifesp. O trabalho tem sido desenvolvido a partir da narrativa de odontólogos colaboradores, o que tem resultado em uma pré-análise sobre o pensamento do odontólogo moderno, principalmente no que se refere aos seus dilemas e desafios ao exercerem a 'arte dentária' em um período da história onde o exercício da odontologia é totalmente mediado pela ciência e tecnologia. Questões como, humanização versus desumanização da odontologia, e aspectos relacionais no ambiente de trabalho, são abordados e levados à reflexão neste trabalho.

Palavras-chave: odontologia, história oral, dentista, moderno

Abstract: The purpose of this article is to show the development of a project carried out in the research line of Oral History and Health Narratives, at the Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi), (Health Sciences History and Philosophy Center) at Unifesp. The work has been developed from the narrative of dentists and collaborators, which has resulted in a pre-analysis on the thinking of modern dentists, regarding their dilemmas and challenges when conducting 'the art of dentistry' at a time in history where dental practice is fully mediated by science and technology. Questions such as humanization versus dehumanization of dentistry, and aspects related to the work environment, are addressed and lead to reflection in this work.

Keywords: Dentistry, Oral History, Dentist, Modern

Introdução

As constantes transformações pelas quais a sociedade passa, sobretudo em decorrência do avanço tecnológico e científico, têm provocado mudanças em todos os setores do corpo social. Os reflexos do progresso técnico-científico se fazem presentes na esfera ambiental, cultural, e também na formação, na realidade e no cotidiano das pessoas, alterando a maneira de pensar, sentir e enxergar a realidade, e também afetando suas relações interpessoais e profissionais.

As “profissões” (da raiz latina *fassio* e dos termos *confession* e *professio*, identificados com fazer profissão de fé, ou seja, confessar publicamente) originalmente consistiam em papéis sociais específicos em que os profissionais se comprometiam publicamente a trabalhar em favor dos cidadãos, que os aceitavam enquanto tal (Gracia. 2004). Hoje, a maior parte das profissões encontra-se vinculadas a organizações e instituições, que são regidas por sistemas, regras e protocolos. Na área da saúde, principalmente a partir do século XX, o impacto que o avanço tecnológico e científico teve sobre a vida dos profissionais foi tão significativo, que a visão sobre a saúde e o corpo humano foram drasticamente alteradas, adquirindo um caráter mais racional, fragmentado, voltado para números e resultados de experimentos científicos. De acordo com Gallian (2000), os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores.

A medicina ocidental tinha na sua origem um caráter essencialmente humanista. Já a odontologia, embora tenha se tornado autônoma a partir da especialidade médica, foi por muito tempo praticada por barbeiros, artesões e cirurgiões empíricos.



O desenvolvimento da odontologia no Brasil teve como característica: Uma organização enquanto prática, sem um corpo teórico fundamentando-a, assemelhando-se, portanto, mais a um ofício (técnica e arte) do que a uma ciência; praticada inicialmente como uma tarefa auxiliar da Medicina por pessoas desqualificadas e não legalizadas. (Freitas, 2001)

Humilde praticante da pequena cirurgia, artesão da prótese, ele foi alternadamente, na Antigüidade, o assistente dos sacerdotes-médicos no Egito, o especialista melhor afortunado durante o período greco-romano e entre os árabes; depois cirurgião errante como espelhador e denturista na Idade Média, barbeiro-cirurgião na Renascença, ele foi o expert-dentista recebido no Colégio de Cirurgia no século XVIII, para tornar-se no século XIX o cirurgião-dentista diplomado das escolas dentárias e da faculdade de Medicina. (Botazzo, 1998)

De acordo com Machado (1995), foram nas últimas décadas do séc. XX que a odontologia desenvolveu seu saber científico, experimentando uma excepcional ascensão e consolidando seu processo de profissionalização.

Assim como acontece na medicina, a odontologia tem sentido os impactos da sociedade pós-moderna, onde a saúde se apresenta mais como uma mercadoria nas relações de consumo do que como um direito do cidadão. Os odontólogos modernos têm se adequadado a realidade social, econômica e cultural do seu tempo. Alguns se tornam especialistas, pós-graduados, e conseguem a inserção num mercado promissor e pouco acessível à maioria da população. Outros se vinculam a instituições públicas como prefeitura, SUS e PSF. Muitos se credenciam a convênios odontológicos, e assim como acontece na medicina, adaptam o atendimento odontológico de acordo com os regulamentos e protocolos da operadora, o que implica num atendimento insatisfatório, pondo em jogo a dignidade do profissional e do cliente. “O descaso com a dignidade humana resulta em uma desumanização da assistência à saúde, com pessoas sendo tratadas como meros objetos de lucro, de interesses corporativos e políticos.”

Segundo Finkler (2009), a odontologia enquanto ciência da área da saúde lida com a vida e com o sofrimento do ser humano, muito embora a profissão tenha se constituído em torno de um modelo tecnicificado e mercantilizado.

De acordo com Vomero (2000), em geral, as faculdades de Odontologia não se preocupam em dar aos futuros dentistas uma formação mais humanista. Os tratamentos dentários exigem um contato muito próximo, íntimo e prolongado com o paciente.

Tecnicamente, a odontologia tem dado todo o suporte para que o odontólogo exerça um trabalho cada vez mais eficaz e objetivo, sendo capaz de proporcionar ao paciente um atendimento prático, rápido e indolor. Durante a formação do profissional, existe uma forte tendência para que ele escolha a sua especialidade e fique restrito à ela. No entanto, ao lidar com os dentes e as suas estruturas adjacentes, o cirurgião dentista estará lidando com a boca humana, órgão ligado à linguagem, ao prazer e à subsistência. E não é de se admirar que, lidando diretamente com um órgão tão íntimo, complexo e versátil, tantas são as possibilidades de surgirem acontecimentos inusitados e extremamente humanos no ambiente de trabalho.

Muitos são os desafios a serem enfrentados pelos odontólogos modernos, que ao lidarem com a boca humana, estarão lidando com seres humanos complexos, cheios de necessidades afetivas, psicológicas e espirituais. Os profissionais encontram-se hoje inseridos num mercado competitivo, saturado, sendo obrigados a exercer uma odontologia moderna que se tornou mercantilista, solitária, elitista, odontocêntrica, autônoma e iatrogênica. Com tantas variáveis, fica a curiosidade de saber o que é um odontólogo hoje, quais as suas motivações e o que significa exercer a arte dentária num período da história onde a ciência e a tecnologia são tão reverenciadas, ocupando até mesmo o lugar da fé, das relações e atitudes humanas.

Objetivos da pesquisa

A partir destas questões e reflexões, foi elaborado um projeto com o intuito de se fazer uma investigação sobre a realidade profissional do odontólogo moderno, ouvindo suas histórias de vida e conhecendo a realidade que o cerca.

O projeto teve como objetivo realizar um estudo através da história oral de vida de dentistas, a partir das suas narrativas sobre a vivência profissional e interação com os pacientes. A partir daí, fizemos uma análise sobre a realidade do odontólogo moderno, a importância das interações extra-técnicas nas suas vidas pessoais, e a questão da humanização *versus* desumanização da profissão e das relações no ambiente de trabalho. Os resultados são parciais, na medida em que a pesquisa se encontra em desenvolvimento.

A metodologia de ‘história oral de vida’ contribui de uma maneira significativa para que a ‘penetração no mundo interior’ aconteça de uma forma espontânea, permitindo ao narrador desvelar a sua visão de mundo, seus valores e crenças, através da reconstrução da sua história, tornando-a legítima e valorizada.

Metodologia

Em vista da natureza da nossa pesquisa, optamos por desenvolvê-la dentro da metodologia qualitativa, onde buscamos fundamento numa abordagem fenomenológica hermenêutica, de acordo com a perspectiva de Miller & Crabtree (1999)

Em pesquisa qualitativa, busca-se entender o significado individual ou coletivo do fenômeno, e o que ele representa na vida das pessoas. Dentro deste contexto interpretativo de cunho hermenêutico-fenomenológico, a abordagem da História Oral de Vida apresentou-se como a mais rica e oportuna para o desenvolvimento deste projeto. Usando esta metodologia, os colaboradores (no caso, oito dentistas), tiveram ampla liberdade de tecerem as suas narrativas, destacando os pontos que lhes pareceram mais significativos e importantes.

A história oral é uma grade de procedimentos que privilegia o sujeito, o diálogo, a criação textual desse diálogo. (Alberto Lins Caldas apud Meihy e Holanda, 2007)

Algumas etapas são cruciais para que a fase operacional da história oral seja feita de uma forma organizada e adequada. Para que se defina o quadro dos entrevistados, que são colaboradores do projeto, a metodologia tem como critério primeiramente, o estabelecimento da **Comunidade de Destino**. Trata-se de um grupo que se enlaça por afinidades, e que, portanto, se identifica por ter alguma característica em comum. Neste projeto, a comunidade de destino se constituiu por cirurgiões dentistas brasileiros, que exercem a profissão em diferentes setores da sociedade.

O segundo critério é o estabelecimento da **Colônia**, formada por uma parcela de pessoas de uma mesma comunidade de destino, com características peculiares que justificam fazerem parte de uma fração dentro do grupo maior. Nossa colônia é composta por oito cirurgiões dentistas atuantes na cidade de São Paulo.

E, por fim, a **Rede** é a subdivisão da colônia, sendo, portanto, a menor parcela de uma comunidade de destino. Neste projeto, a rede foi formada por quatro dentistas mulheres e quatro homens, jovens e maduros, que atuam em diversas áreas: autônomos, conveniados e concursados (prefeitura e PSF). É nossa intenção analisar as histórias de vida dos odontólogos, tendo como perspectiva as suas vivências em diversos cenários profissionais.

Tabela 1.1: Odontólogos colaboradores

<i>Dentista (Nome Fictício)</i>	<i>Idade</i>	<i>Anos de profissão</i>	<i>Área de atuação</i>
Cristina	40	18	Convênio
Mariana	25	2	Sindicato
Salomão	82	55	Autônomo
Vilma	50	32	Prefeitura
Beatriz	38	13	Convênio e PSF
José Carlos	58	36	Autônomo
Haroldo	39	13	Proprietário de clínica particular
Rodrigo	48	23	Sócio e proprietário de clínica particular

Fonte(s): Informação obtida por ‘da Costa’, 2013.

Os procedimentos adotados foram: *Pré-entrevista*, que vem a ser o primeiro contato com o colaborador. Nesta fase, estabelecemos o primeiro diálogo, falamos sobre o projeto e seus objetivos, e então marcamos o dia e o lugar da entrevista. A escolha do local da entrevista ficou a cargo do colaborador. Na etapa seguinte realizamos a *entrevista*. Todas as entrevistas foram gravadas com aparelho eletrônico, sempre com o consentimento do colaborador. E então partimos para a etapa da *Transcrição*, na qual passamos para a escrita tudo o que foi falado na entrevista, mantendo o seu estado bruto, com erros, repetições e palavras sem peso semântico. Na próxima fase, que foi a *Textualização*, as perguntas do entrevistador foram suprimidas, e procuramos identificar a essência da mensagem que o colaborador procurou passar, que vem a ser o “*tom vital*” da narrativa. Então começamos a reordenar a entrevista segundo esse eixo. Após esta etapa, realizamos a *Transcrição*, na qual procuramos elaborar um texto coerente, de leitura fácil e compreensível, mantendo sempre as ideias apresentadas pelo colaborador. Um novo encontro foi marcado com o entrevistado para que fizéssemos a conferência deste texto, momento em que ele leu, conferiu e autorizou por escrito o uso da documentação para a pesquisa. Durante esta etapa, foi bem interessante observar a reação dos dentistas colaboradores, que em geral se sentiram privilegiados por terem participado da pesquisa, pois tiveram as suas experiências valorizadas e legitimadas. Alguns até se emocionaram ao lerem as suas histórias.

Resultados e discussões

À luz dos referenciais teóricos pontuados no projeto de pesquisa “As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades”, no qual este trabalho se insere, pudemos, norteados pela abordagem analítica da “imersão e cristalização”(Miller & Crabtree, 1999), identificar uma série de temas que emergiram das falas dos colaboradores e que nos permitiram traçar algumas considerações sobre a problemática da desumanização e humanização na odontologia em nosso país a partir da perspectiva dos próprios odontólogos.

Tema 1. A desumanização da odontologia

A ‘arte dentária’, que em nossos dias é totalmente mediada pelo conhecimento científico e recursos tecnológicos, parece estar inserida num processo onde a visão se encontra cada vez mais restrita ao objeto de trabalho, ficando o elemento humano cada vez mais distante, como mostra a narrativa do **Dr. Rodrigo**: ... “*Percebo que hoje, muita gente sai da faculdade e já vai para o mestrado, fechando a visão no campo de atuação (...) aqui, uma coisa que investimos continuamente, é na formação humanística da nossa equipe. (...) não é fácil, os dentistas de um modo geral acham isso tudo uma bobagem, parece que quanto mais especializado em uma área, mais difícil de assimilar esta filosofia. Porque qual é a cultura do especialista? É ele receber o paciente para fazer o canal, ou o implante, e ponto final. Vários profissionais que trabalharam aqui não suportaram e foram embora. Não é todo mundo que está disposto a se envolver, a mudar a postura.*”

Observa-se que o afastamento do ‘elemento humano’ também se dá quando os profissionais são obrigados a se submeterem a regras e protocolos de empresas e serviços públicos, como aponta a narrativa da **Dra. Mariana**: “*O atendimento no sindicato é bem parecido com o atendimento de convênio. No máximo meia hora por paciente, e às vezes tínhamos que reduzir para vinte minutos. (...) A comunicação era difícil, além do pouco tempo, ao me concentrar no procedimento, eu acabava ficando mais calada ainda. Um médico consegue falar mais, porque tem que perguntar, olhar, dialogar. A gente não, é mais procedimento e menos conversa, aí fica complicado. No começo sofri muito, além do pouco tempo e falta de auxílio, existia a cobrança. (...) às vezes tínhamos reuniões, e nós dentistas tentávamos expor as nossas angústias para a nossa chefe. Falávamos de como era complicado atender aquele público em tão pouco tempo. (...) Como era difícil ela nos entender, apesar de ser dentista, tinha uma mente muito mais capitalista que humana. Então ela tentava de qualquer forma nos convencer que, nós tínhamos que dar um jeito, porque ela sofria pressão por parte do sindicato. Eles queriam ver produtividade, e produtividade para eles significava números, então o que importava era, número de pacientes atendidos por dia, e a única alternativa era reduzir o tempo de consulta.*”

Alguns dentistas têm investido na sua formação empresarial, já que a profissão segue esta tendência, a de ter um caráter empresarial, ligado à produção e consumo. Os que não têm esta visão aparentam ser incapazes de exercer uma odontologia moderna, evoluída. Por outro lado, é nítida a involução do lado humanístico na formação dos profissionais. O elemento humano parece estar tão afastado dos interesses profissionais, que existem cursos que, entre outras coisas, se propõem a ensinar o profissional da área de saúde a ser mais humano. Como mostra a narrativa do **Dr. José Carlos**: *“Quando você faz faculdade, ninguém te ensina a ganhar dinheiro, a ser um bom administrador, eles só te ensinam técnica, técnica, técnica ... Então os dentistas saem da faculdade achando que técnica é a solução (...) O que o dentista quer? O que ele almeja? No fundo, o que todo mundo quer é: Estabilidade financeira, qualidade de vida e prestígio social (...) Tem gente que fala, ‘a odontologia está involuindo!’ Na verdade, ela está evoluindo! (...) Quem trabalhava com máquina de escrever, está hoje a ver navios! A Kodak por exemplo, se ainda não faliu, está para falir, porque o negócio deles era filme, e eles não souberam se adaptar! Felizmente consegui me adaptar (...) Eu sempre falo que, se todos os dentistas passassem pelo curso de MBA do ‘fulano’, a odontologia hoje seria totalmente diferente! Porque ele realmente muda a cabeça das pessoas, este curso é fantástico! Ele ensina tudo, desde a montagem do consultório, da sua equipe, do seu visual, das atitudes ... Como lidar com o cliente chato, como criar o relacionamento, como se faz o fechamento..., como se relaciona com o cliente, o que é propaganda, marketing, publicidade, como ter foco no seu negócio... Isto tudo em quatro, cinco dias (...) Ele também fala da importância dos detalhes, buscar o cliente na sala de espera conta ponto. Se for subir, vai com a mão direita e pega no cotovelo do cliente.”*

Dentro da classe odontológica, parece haver uma desigualdade social, onde uma pequena parcela de dentistas consegue chegar a um *status* social privilegiado. ‘A desumanização da arte dentária’ parece identificar-se com o que fala o filósofo espanhol José Ortega y Gasset em seu ensaio intitulado *A desumanização da arte* (2005).

Gasset faz uma análise sobre o destino da arte, que a partir do século XX passou a ser trabalhada e investigada para que se alcançasse o ideal de pureza e perfeição. Este processo de evolução técnica e científica na qual a arte encontra-se inserida, fez com que ela (arte) se afastasse da realidade humana, tornando-se inacessível para a maioria das pessoas, já que na sua produção afastaram-se as figuras que remetiam às ações e paixões humanas.

Ainda que seja impossível uma arte pura, não há dúvida nenhuma de que existe uma tendência para a purificação da arte. Esta tendência levará a uma eliminação progressiva dos elementos humanos, demasiado humanos, que dominavam na produção romântica e naturalista. E por este processo chegar-se-á a um ponto em que o conteúdo humano da obra será tão escasso que quase não se verá. (Ortega y Gasset, 2008, p. 71)

Tema 2. Ambivalência da vida: Liberdade x segurança

Em algumas narrativas, foi possível observar um dilema que acompanha a vida de muitas pessoas. Muitos trabalham em condições que jamais escolheriam para si, no entanto, preferem se resignar a tal, em função de uma certa segurança e estabilidade, como diz **Dra. Beatriz**: *“... eu vivia frustrada, não tínhamos autonomia na nossa agenda, além dos pacientes que estavam marcados de vinte em vinte minutos, tínhamos que atender as urgências. (...) Já tentei trabalhar como autônoma, cheguei a alugar um consultório, mas sou uma péssima comerciante, tanto que preferi me resignar a um serviço horroroso (convênios) e ganhar o meu salário fixo, do que ir a luta, fazer minhas cobranças, este tipo de coisa.”* **Dra. Cristina** também fala de um conflito: *“Já fui muito escrava da profissão, por um bom tempo eu não tive finais de semana... O meu sonho é poder trabalhar com mais liberdade, sem ter que ficar olhando para o relógio o tempo todo ...”*

O estudante de odontologia parece buscar segurança em relação ao aprendizado, assimilando regras e protocolos, como sugere **Dra. Mariana**: *“Na faculdade a gente vive dentro de um sisteminha, existe protocolo para tudo, desde como montar a bancada, até em relação a como se portar com o paciente... E existe aquela preocupação de não errar, de fazer os procedimentos de forma correta, tudo vale nota, tudo é expectativa, então vivíamos numa mistura de insegurança e ansiedade, eu me sentia presa.”* No caso da

Dra. Vilma, a autonomia no ambiente de trabalho está relacionada à satisfação profissional: *“Para mim sempre foi muito gratificante trabalhar na prefeitura, e até hoje é! (...) Não sei se é sorte, mas nunca tive uma chefia que ficasse me cobrando. (...) Sei de colegas que vivem sendo cobrados, que tem que ter determinada produtividade. Mas eu tive sorte (...) É muito bom trabalhar com esta liberdade”*.

De acordo com Bauman (sociólogo polonês), é impossível escaparmos à tensão que vivemos em relação a estes dois valores: Liberdade e Segurança.

Há dois valores que são absolutamente indispensáveis para uma vida satisfatória, recompensadora e relativamente feliz. Um é segurança e o outro é liberdade. Você não consegue ter uma vida digna na ausência de um deles. (...) Segurança sem liberdade é escravidão. Liberdade sem segurança é um completo caos. (Bauman, 2011)

Tema 3. Experiências Interpelativas

O ato de narrar a própria história implica numa atitude humanizadora, pois ao entrar em contato com a sua subjetividade, o narrador expõe as suas ideias, valores, aproxima-se de si mesmo e também do outro, que faz eco à sua narrativa. Ao entrar em contato com oito histórias tão interessantes e ricas, foi possível perceber que, por trás de uma profissão tecnicista que muitas vezes se apresenta de uma forma totalmente desumana, existem elementos que escapam aos efeitos sedutores desta vida acelerada e ‘frenética’, como aconteceu com a **Dra. Cristina**: *“Às vezes me vejo fazendo coisas que ninguém me ensinou na faculdade, existem situações que a gente não tem como prever ... Uma vez atendi um menino que tinha várias síndromes, e tinha uma taquicardia absurda. Eu o atendi de pé, cantando! E enquanto fazia o procedimento com uma mão, fiquei com a outra em cima do coraçõzinho dele, segurando a sua mão. Quando terminei, ele não queria largar a minha mão. Ao olhar para o pai, vi que ele chorava de emoção.”*

Apesar de ter trabalhado doze anos em uma proposta insatisfatória numa clínica de convênios, **Dra. Beatriz** relata: *“Como trabalhei muito tempo na mesma clínica, acompanhei a vida de muitos pacientes. Por mais que seja um pouquinho, você está sempre presente na vida da pessoa e a pessoa na sua. Acompanhei pacientes que namoraram, casaram, tiveram filhos, vi os dentinhos deles crescerem... Uma vez ouvi: ‘Lembra da minha menininha? Por sua causa ela está fazendo vestibular para odontologia!’ (...) Na verdade eram os pacientes que me mantinham ali, era neles que eu me apoiava.”*

As narrativas mostram a importância das experiências extra-técnicas na vida afetiva dos dentistas, como ocorreu com o **Dr. Salomão**: *“A nossa profissão é difícil, mas é boa, bonita e nos permite fazer um ciclo de amizades maravilhoso! (...) Ontem mesmo, um cliente me chamou para comemorar o seu aniversário de 85 anos numa chácara. É um cliente que trata comigo há quarenta anos! (...) Para mim essa profissão é uma cachaca, sou viciado nela ...”* E alguns dentistas ainda vão muito além da técnica, como o **Dr. Haroldo**: *“Tenho uma paciente que é vizinha aqui da clínica, ela está sofrendo muito por causa do irmão que tem câncer. Prometi visitá-lo, então fui à casa deles, conversei, orei com ele. (...) Ele então precisou de cuidados bucais e se tornou meu paciente. Numa das consultas ele não apareceu, porque estava muito fraquinho. Eu só precisava experimentar a prótese, então liguei e fui até a casa dele. Foi uma coisa simples, em dois minutinhos fiz a prova ... Percebi que ele ficou extremamente agradecido.”*

Vivemos numa era onde o cálculo e a razão parecem nortear a vida das pessoas, a ponto de vivermos na ilusão de que é possível se ter a vida nas mãos e controlá-la em quase todos os aspectos. As sábias palavras de Chesterton (1874-1936) nos fazem pensar numa realidade que escapa ao nosso eixo racional:

Em todas as coisas, em toda parte, existe o elemento do misterioso e do incalculável. Ele foge aos racionalistas, mas só escapa no último momento. Da grande curvatura da Terra alguém poderia facilmente inferir que cada centímetro dela apresentasse a mesma curva. Pareceria racional que, assim como um ser humano tem cérebro de ambos os lados, ele deve ter um coração dos dois lados. Todavia, os cientistas ainda estão organizando expedições para descobrir o Polo Norte, porque eles gostam tanto de paisagens planas. Os cientistas estão organizando expedições para descobrir o coração do ser humano; e quando tentam descobri-lo geralmente procuram do lado errado. (Chesterton, 2008, p. 86)

Fiódor Dostoiévski parecia nos advertir sobre este fenômeno tão presente em nossos dias: “ ‘A consciência da vida é superior à vida, o conhecimento das leis da felicidade é superior à felicidade’ – é contra isso que é preciso lutar!”

Conclusão

Embora o projeto esteja em andamento, foi possível fazer uma prévia conclusão de acordo com o que foi trabalhado até o momento. Constatamos que, a ‘desumanização da odontologia’ é notória e presente no nosso contexto, uma vez que a formação do odontólogo é estritamente técnica, dispondo de recursos onde, na medida em que o torna cada vez mais capacitado tecnicamente, contribui significativamente para que o elemento humano se afaste progressivamente. Também foi possível se constatar através das narrativas que, enquanto os profissionais transitam entre a ‘segurança e liberdade’, fazem escolhas e muitas vezes não se dão conta do quanto são afetados pelos ‘sistemas’, e do quanto eles próprios afetam a vida dos seus pacientes. Alguns que se tornaram subordinados (por segurança financeira), se sentiram ‘escravos da profissão’ ao abrirem mão de uma vida mais autônoma, digna e autêntica. A satisfação profissional parece estar ligada à autonomia do trabalho, e ao retorno afetivo por parte dos pacientes. É nítido que, em geral, independente das circunstâncias trabalhistas, existe uma troca afetiva muito rica entre profissionais e pacientes, já que, em última instância, as narrativas nos mostram que por trás das relações humanas existe sempre algo que surpreende e transcende o racionalismo e os protocolos. A metodologia de narrar a própria história se mostrou como um elemento humanizador, pois ao reconstruírem as suas histórias, alguns colaboradores se sentiram valorizados e até emocionados, o que confirma o fato de que, o uso da abordagem da História oral de vida pode ser uma estratégia de aproximação entre os profissionais da área de saúde e os pacientes.

REFERÊNCIAS

- Alves, E.G.R. (2006). *Pedaços de mim: O luto vivido por pessoas com deformidade facial adquirida pós-trauma bucomaxilofacial e sua interferência no seu desenvolvimento* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Bauman, Z. (2014). Diálogos com Zygmunt Bauman. *Revista Fronteiras do Pensamento*. http://www.frenteirasdopensamento.com.br/videos/?13,6#13_1.
- Botazzo, C. (1998). *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec, FAPESP.
- Chesterton, G.K.(2008). *Ortodoxia*. São Paulo: Mundo Cristão.
- Dartigues, A. (1992). *O que é Fenomenologia?* São Paulo: Moraes.
- Dostoiévski, F. (2011). “*O Sonho de um Homem Ridículo*”. *Em Duas Narrativas Fantásticas*. São Paulo: Editora 34.
- Finkler, M. (2009). *Formação ética na graduação em odontologia: Realidades e desafios* (Tese de Doutorado). Faculdade Federal de Santa Catarina.
- Gallian, D.M.C. (Abril 04, 2011) (Re)humanização da medicina. *Psiquiatria na prática médica*, 34(4). Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>
- Gallian, D.M.C., Ponde, L.F, Ruiz, R. (2012). Humanismos, Humanidades e Humanização: Problematização de conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), pp. 5-15.
- Garbin, C.A.S., Sumida, D.H. e Chehoud, K.A. (2005). Ética e Dignidade: Um direito do profissional e do consumidor. *Revista da Faculdade de Odontologia Lins*, 17(1), pp. 55-59.
- Gracia, D. (2008). *Introducción a la bioética. Siete ensayos*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Meihy, J.C.B. e Holanda, F. (2007). *História Oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto.
- Miller, W.L., Crabtree, B.F. (1999). *Doing Qualitative Research*. California: Second Edition.
- Mota, C.S., Reginato, V. e Gallian, D.M.C. (2013). A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1681-1684.
- Ortega y Gasset, J. (2008). *A Desumanização da Arte*. São Paulo: Cortez Editora.
- Vomero, M.F. (2000). Entendendo a relação paciente / profissional. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 54(4), pp. 267-278.

SOBRE A AUTORA

Luciana Alves da Costa: Cirurgiã dentista, graduada pela Faculdade Metodista de Lins (1995). Especialista em Odontopediatria. Sócia administrativa da clínica Deumsorriso Odontologia, onde exerce Clínica Geral, Estética oral e Odontopediatria. Atua como pesquisadora na linha de pesquisa “Humanidades, Narrativas e Humanização em Saúde” no Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) na Unifesp. Encontra-se em andamento com o projeto de pesquisa “Da boca ao coração: O olhar de odontólogos a partir de suas experiências profissionais e humanizadoras com pacientes”, o qual foi apresentado no I Encontro Internacional de História Oral e Narrativas em Saúde (2012) e no III Congresso Internacional de Humanidades Médicas (2013).

El concepto de enfermedad y sus repercusiones en la investigación epidemiológica

Rebeca Treviño-Montemayor, Universidad Juárez del Estado de Durango, México
Laura Ernestina Barragán Ledesma, Universidad Juárez del Estado de Durango, México
José Alejandro Ríos Valles, Universidad Juárez del Estado de Durango, México

Resumen: A partir de la epistemología crítica francesa, la cuestión de los conceptos científicos y sus definiciones y cómo estos implicaron una forma específica del desarrollo de la investigación científica, así como la práctica diaria de los expertos, inaugura una serie de cuestionamientos importantes, esto es particularmente rico en el campo de la salud. Una revisión cuidadosa sobre el concepto de enfermedad significará empezar a cuestionar el sentido que implica verla exclusivamente desde la objetividad que exige el trabajo científico. En el presente trabajo se revisan los conceptos de enfermedad a partir de la vinculación con normalidad y anormalidad, puntos centrales sobre los que trabaja la ciencia médica y la epidemiología, en tanto esta última se construye alrededor de las conceptualizaciones de la medicina científica. La perspectiva científica asume la enfermedad como una entidad separada del análisis de orden social e incluso individual, lo que abre una serie de debates epistemológicos tanto como metodológicos. A partir de un ejemplo de un estudio epidemiológico llevado a cabo a finales del siglo XIX en México se pretende revisar y reflexionar sobre las contribuciones de dos figuras importantes para la filosofía y el debate epistemológico de la medicina social: Georges Calguinhem y Michel Foucault. Se trata de una reflexión con el fin de abrir preguntas para la discusión sobre la importancia de la filosofía en la investigación en salud.

Palabras clave: Salud, Normalidad, Enfermedad, Objetividad

Abstract: Since critic Epistemology, the issue of the scientific concepts and their definitions and how they implicated a specific form of in the development of scientific research, as well as the daily practice of the experts, inaugurates a series of important questions, this is particularly rich in the field of health. A careful review of the concept of disease began to question the sense of seeing disease exclusively from the objectivity which it is required in the scientific work. In this paper we review the concepts of disease from the link with normality and abnormality, central point on the medical science research and epidemiology, in both the latter is constructed around the conceptualizations of scientific medicine. The scientific perspective assumes the disease as a separate entity from the analysis of social order and even individual, which opens up a series of debates both epistemological and methodological. From an example of an epidemiological study conducted at the end of the nineteenth century in Mexico is intended to review and reflect on the contributions of philosophy of two important figures in the philosophy and the epistemological debate of social medicine: Georges Calguinhem and Michel Foucault. It is a reflection in order to open questions for discussion on the importance of philosophy in health research.

Keywords: Health, Normality, Disease, Objectivity

Introducción

Como saber científico, la epidemiología se asume en el proyecto epistemológico del positivismo. En este sentido podemos identificar cómo en las investigaciones epidemiológicas del mundo moderno, y las primeras de América Latina, convergen los elementos racionales del desarrollo de todo saber científico: la diferenciación sujeto-objeto, la medición de eventos como sucesos observables, la posibilidad de controlar y prever efectos, todo ello es sustantivo para la investigación y la planeación del orden social y está enmarcado por el positivismo que es, sin duda, el paradigma científico y jurídico-político con el que nacemos los latinoamericanos como ciudadanos de la modernidad.

Quizá un elemento donde podemos hallar la convergencia del positivismo como proyecto epistemológico a la vez que político, sea en las primeras investigaciones relativas a la salud de la población urbana y rural de nuestras latitudes. El ejemplo en México es notable. Las primeras investiga-



ciones sanitarias realizadas bajo el concepto “científico” se orientan a regular ciertas prácticas sexuales. Uno de los reportes epidemiológicos más antiguos, en su sentido científico, es el que hallamos en el *Boletín del Concejo Superior de Salubridad* (1896). Ahí leemos una interesante interpretación del sentido científico para prevenir enfermedades de transmisión sexual, mediante la regulación de los servicios médicos que deben recibir las prostitutas de la Ciudad de México. En el escrito se entrelazan datos estadísticos y opiniones de moralidad pública donde el saber médico se introduce como un elemento de regulación y normatividad en el cual el Estado debe participar. Siguiendo la pauta positivista de objetividad cuantificada, el informe consiste en la opinión médica, argumentada con los resultados de una investigación epidemiológica realizada a las prostitutas de la Ciudad de México, con miras a saber las condiciones de salud bajo las cuales ejercen la prostitución. Para ello, la Oficina de Sanidad de la Ciudad entrega un carnet de salud. Algo que persiste en nuestros días. En el estudio decimonónico, se consigna lo irrelevante de esta medida tanto para las mujeres como para sus clientes, lo que ha generado un riesgo de salud importante. A partir de un análisis estadístico, el reporte consigna el bajo número de mujeres inscritas en la Inspección de Sanidad que en 32 años “*llega solo a 5822 mujeres*. Sin embargo, dice la publicación, “*todos los hombres conocen, y la prensa frecuentemente denuncia casas clandestinas, donde concurren a granel mesalinas de todas categorías que jamás han sido vigiladas por la autoridad respectiva*”, estas mujeres deben ser revisadas una vez a la semana por la Oficina de Sanidad; pero lo hacen solo unas cuantas, y esto es posible inferirlo a partir de los datos que ofrecen los registros de la propia oficina y el autor consigna que (...) *tomando solo un año (1893 se ve que (...) se practicaron 12,758 revisiones (...) si se divide por número total de semanas al año, resulta que no llegan a 210 el número de mujeres que rigurosamente se vigilaron entregadas al desorden y libertinaje.*” El uso de un lenguaje en apariencia aséptico y científico, no deja de ser llamativo:

Una medida de orden y moral pública (...) es la de examinar por completo la prostitución. (...) Porque si es verdad que este vicio es necesario é inevitable; no se deduce que se deba permitirseles[sic] que se exhiba públicamente con su repugnante y perjudicial desnudez; (...) Así como al enfermo contagioso se le aísla y se le separa del sano, así también esa gangrena social debe confinarse a puntos donde su hálito emponzoñado no envenene a los demás (pag 98).

Este ejemplo, además de su valor histórico, nos permite reconocer en la publicación, cómo el proyecto investigativo en salud se vincula con los preceptos jurídico-políticos (y morales) de una sociedad que intenta inscribirse en los supuestos básicos de la modernidad: la investigación científica en salud y derivado de ella el control y el orden social, o mejor dicho, el control y orden social que se puede desprender de un discurso legitimado por una forma de saber, que a partir de este momento, formará parte no sólo del discurso científico, sino de la cultura moderna. El Estado participa en la salud de sus ciudadanos, está obligado a ofrecer medidas de seguridad, pero al mismo tiempo vigila las prácticas sexuales, las norma y rige sobre ellas. La prostitución como una patología social que debe ser, no extirpada, sino reglamentada y confinada, cuando se rebasen los límites de lo permitido. Se puede acceder al sexo pagado, siempre y cuando quien lo ofrece se halla inscrita en los cánones de normatividad dictado para ello. Si la prostituta es un riesgo de contagio de enfermedad, debe ser confinada para su curación. Por demás está decir, que el cuerpo de las mujeres es desde luego el espacio a reglamentar, y a curar y es una preocupación crucial del pensamiento de Michel Foucault (1926-1984) y al que le dedicará extensas páginas. El precursor de reincorporar el saber médico en la reflexión filosófica, será su maestro Georges Calguinhem (1904-1995).

El presente trabajo intentará recuperar las posiciones filosóficas de ambos pensadores como propuesta para repensar las rutas metodológicas sobre las que ensaya la epidemiología con miras a constituirse como saber capaz de dar cuenta de la complejidad que encierra el fenómeno de salud y enfermedad en las circunstancias sociales y políticas de América Latina.

El ejemplo ilustra bien las características básicas de la investigación epidemiológica que heredamos de la ciencia europea. Las nacientes naciones a la modernidad, reconocen la urgencia por impactar en la seguridad de la salud pública. Hallamos aquí los elementos sustantivos de la investigación de corte positivista tan importante para la época, como los son, la argumentación estadística,

la aplicación de encuestas y el análisis de estos, a la vez que el discurso moral sobre los males sociales que deben ser enfrentados en los ámbitos específicos de tratamiento y normalidad.

La convergencia del discurso de saber y del poder obrando sobre el cuerpo tanto en su concreción, las mujeres en este caso, como en el social. El saber conformando una postura ideológica y moral. El riesgo de contraer enfermedades venéreas puede prevenirse y el riesgo es mayor en tanto prácticas están fuera de la norma. El trabajo en cuestión nos sirve de pretexto para profundizar en los conceptos fundamentales sobre los que se construye el saber epidemiológico: cuantificación de la población enferma o en riesgo de enfermar, su medición, cálculo y análisis de sus muestras poblacionales. De hecho, son estos instrumentos alrededor de los cuales se ha empezado a delinear la epidemiología misma, sus conceptos epistemológicos básicos, vendrán de la medicina científica. De hecho un concepto sustantivo y es el que explícitamente abordaremos aquí y sobre el cuál la epidemiología no repara sino hasta avanzado el siglo XX es el concepto de enfermedad. Es aquí donde convergen las figuras de los pensadores aludidos.

La enfermedad como una entidad independiente

Para la medicina moderna la enfermedad es un proceso o alteración fisio-patológica, un cambio del estado normal del cuerpo, es decir una “anormalidad”. Esta idea se asumió desde la clínica, que a partir de la observación de los procesos mórbidos y sus desenlaces, desarrolló la clasificación de las enfermedades vinculándola con la alteración biológica observable. En relación con la epidemiología, se asumieron cuestiones relacionadas con la vinculación con este concepto de enfermedad y con aquellas que se habían considerado en la medicina antigua: la relación del enfermo con el medio ambiente, especialmente el aire y el agua como agentes conductores del “mal”; no obstante, la clasificación y taxonomía de la enfermedad, que se desarrolla en la clínica moderna a partir del siglo XVII, modificará la manera de enfrentar la cura. Ciertamente, el aislamiento y exclusión de los enfermos que ya se efectuaba como una medida de control desde la antigüedad, continúa, pero ahora bajo la mirada de un saber que permite el control de la enfermedad mediante la observación e incipiente medición del riesgo; la definición de enfermedad se asume desde la ciencia médica, y el control de los agentes de contagio. Ambos aspectos serán herramientas fundamentales en las evaluaciones demográficas que requerirá el Estado moderno. La medicina social nace así asociada a la medicina científica y a la medición estadística. Todo ello conforma una visión donde la enfermedad aparece como un estatuto político necesario de conocer y controlar. En ese sentido podemos afirmar que la salud como un problema social se desprende de la idea de enfermedad desarrollada desde el siglo XVII, a partir de los conceptos epistemológicos concebidos para la medicina desde la ciencia natural, la observación, la clasificación, la búsqueda de leyes de regularidad.

El precursor de la clasificación moderna de la enfermedad es Tomas Sydenham, cuyos cuidadosos y rigurosos trabajos de observación permiten empezar a aislar las causas eficientes de enfermar y de sanar. Es la observación clínica la que ha permitido describir y registrar los procesos mórbidos y su evolución, logrando establecer así, una clasificación taxonómica que en el siglo XIX permitirá el desarrollo de la fisiología experimental de Bernard al mismo tiempo que las bases epistemológicas de la investigación científica en salud. Desde este momento, el concepto de enfermedad se asume como un proceso observable y susceptible de acción sobre él, en tanto la experimentación nos conduce a reconocer regularidades controlables. La enfermedad se reconoce así desde su objetividad. La medicina social se nutre de esta visión científica y se robustece con los análisis estadísticos que permiten diferenciar poblaciones enfermas o susceptibles de adquirir la enfermedad en virtud de su hábitat o sus hábitos; esto lleva a que la enfermedad se asuma como una entidad aislada de componentes no visibles en el cuerpo o en el espacio que se habita, la enfermedad concebida así se observa y se aísla, incluso del propio enfermo.

Esta visión, nos conduce a pensar que la idea de la enfermedad en lo privado se extiende hacia lo público, y se pasa de la clínica a la medicina social sin alterar el concepto de enfermedad; así la salud pública se concibe como una extensión de la salud privada; en el siglo XIX, además coincide con el desarrollo de los centros urbanos, el hacinamiento y el surgimiento de la clase trabajadora, lo

que genera focos infecciosos identificables y controlables; todo ello aunado al nacimiento del Estado moderno conformado bajo la racionalidad del conocimiento, y este como elemento sustantivo de organización política. A partir de ahora, la salud aparece como una preocupación del Estado, dirá Foucault, no tanto en función de conocer y preservar una fuerza laboral, sino como una estrategia política, es decir, como realidad biológica y somática, como objetividad de la administración del Estado sobre el cuerpo social e individual. (Foucault, 1976)

La investigación en salud colectiva aparece en las ciudades como una responsabilidad pública, es el Estado el responsable de identificar las fuentes infecciosas y brindar las posibilidades de conservar la salud. En el siglo XIX, la cultura del saber está obligada a brindar zonas de seguridad para el individuo y es el Estado el garante de esa seguridad. La idea no es solamente medir y disminuir el costo económico de las enfermedades colectivas, sino también, en palabras de Foucault (1978), la administración de la salud como una instancia de control y vigilancia. El saber sobre los riesgos a contraer una enfermedad está en manos de los expertos cuyo discurso atraviesa el cuerpo del enfermo y la administración de su enfermedad es responsabilidad del Estado. Esta interpretación de la investigación en la salud colectiva, solo es posible si los conceptos sobre los que trabaja la ciencia médica y epidemiológica son sometidos a una revisión desde la epistemología y la filosofía. Es en esta revisión donde podemos hallar las confluencias de la medicina y la ciencia social, y mediante esta revisión reconocemos algunos lineamientos que el propio desarrollo científico oculta.

Relativo a la ciencia social, a mediados del siglo XX, la medicina social, inaugura un posición fundamental del enfermo. La idea según la cual el enfermo cumple un rol en el sistema social, un rol perfectamente delineado y funcional que se inserta en la “normalidad” del sistema (Parsons, 1999). De esta manera el concepto de enfermedad se robustece como un espacio donde aparece una “anormalidad” que el Estado o el Sistema social asumen y controlan.

La epidemiología como ciencia destinada a pronosticar futuras afecciones en la salud colectiva halla en este concepto sus fundamentos, la medición y el control de riesgo serán sus instrumentos básicos, tomando la idea de que la enfermedad es una alteración biológica y una alteración social enmarcadas en el concepto de “normalidad” del funcionamiento social. La metodología para lograr tales pronósticos se vincula estrechamente con las metodologías que usan las ciencias económicas para medir riesgos. Esto sin embargo, marca pautas de cuestionamiento al interior de la propia ciencia. Cuestionamientos que en el siglo XX derivarán en rutas metodológicas alternas, especialmente cuando se plantean la visión de que en el fenómeno de salud y enfermedad concurren una vastedad de implicaciones que van más allá de la alteración bio-fisio-patológica. La epidemiología llega así, a los métodos utilizados en la antropología y otras ciencias sociales para tratar de comprender en su vasta complejidad el fenómeno de salud y enfermedad.

La filosofía se ha dejado de lado, sin embargo, creemos que aproximándonos al discurso filosófico, es cómo podemos empezar superar algunos obstáculos. La propuesta es entonces proponer a los epidemiólogos a voltear a la filosofía, en su afán de construirse como un saber que sea algo más que los meros instrumentos. Si bien se reconocen como una ciencia en construcción creemos que la filosofía puede aportar algo más que elementos de ética y la hermenéutica para la discusión. Incidir en su conformación conceptual como saber, revisar los desarrollos de la epistemología francesa, especialmente su vertiente crítica que con Bachelard inaugura la posibilidad de pensar a la ciencia también desde la posición del dogmatismo impregnado en sus estatutos.

La propuesta es entonces una visión crítica sobre el pensamiento científico y en este sentido podríamos comenzar con Calguinhem, médico-filósofo que retoma el problema de la salud desde la filosofía siguiendo la vertiente que la modernidad había iniciado desde los escritos cartesianos y kantianos para reconocer que el problema de la salud ha sido siempre un problema filosófico. Pocos años después Foucault vuelve sobre el tema del saber médico para tratar de entender cómo funciona este saber en los sujetos y en qué medida el sujeto desaparece en un suelo poblado de discursos orientados a legitimar los procesos de control y disciplina en las sociedades modernas.

La transición metodológica

En la década de los noventa, los epidemiólogos norteamericanos reconocen los linderos que enfrentan los trabajos científicos que se publican profusamente en el mundo moderno. Un artículo, publicado en *Science*, (Taubes, Mann, 1995) puede ilustrar bien las encrucijadas en que se halla el conocimiento científico y sus resultados proveniente de la investigación epidemiológica tradicional. En *Epidemiology faces its limits*, los autores señalan que “en nuestros días las noticias sobre la salud humana son constitutivamente contradictorias: por ejemplo un estudio sueco halla una asociación significativa entre radón que se consume en las viviendas y el cáncer de pulmón, otro realizado por investigadores canadienses lo contradicen, lo que en abril había sido factor de riesgo para cáncer de pulmón, se convierte en octubre, en riesgo para abortar o padecer cáncer de seno, es decir que, lo que hoy es riesgo para una enfermedad, no lo será dentro de un año” (pág. 271).

Algunos años antes la epidemiología latinoamericana había reconocido la insuficiencia de los métodos “tradicionales” (positivistas) para enfrentar y dar cuenta del fenómeno de salud. Volviendo a México, hacia los años setenta, las investigaciones en salud colectiva empezaron a vincularse a otras áreas del conocimiento no necesariamente médicas. Hallamos así la presencia de antropólogos y sociólogos estudiando la salud y la enfermedad desde perspectivas de inequidad y pobreza social; los métodos etnográficos aparecen como alternativos ante la mera descripción numérica del problema de salud. En México incluso se institucionaliza la idea de que el médico debe ser formado como un médico social, es decir, volcado a incluir en su mirada cuestiones relativas a la cultura y a la sociedad donde aparece la enfermedad. En Brasil se piensa en una *epidemiología sin números*, intentando superar las herramientas tradicionales por nuevas maneras de entender la salud y la enfermedad en sociedades caracterizadas por el rezago, la desnutrición y la pobreza. La epidemiología norteamericana, debatiendo entre la deducción y la inducción como métodos complementarios, (Susser 1973 y Popper a través de Buck 1975) como bases epistemológicas, reconocen también la necesidad de incluir metodologías alternas. A diferencia de América Latina que son las condiciones de pobreza las que llevan a buscar nuevos métodos, en Norteamérica, cuestiones relativas al estrés y a las alteraciones emocionales como desencadenantes de enfermedades, llevan a los epidemiólogos hacia los métodos alternos.

En este escenario de debate epistemológico y metodológico, la filosofía se asoma tíbiamente, no obstante haber estado presente todo el tiempo. Desde mediados del siglo XX, dos figuras sobresalen sobre el pensamiento filosófico reviviendo la cuestión sobre la investigación en salud: Georges Canguilhem en primer término y Michel Foucault, ambos parten del concepto de enfermedad para pensar cómo este concepto ha guiado no solo las investigaciones sino nuestra visión de nosotros mismos en tanto sanos o enfermos.

En la década de los años cuarenta, Calguinhem publica *Ensayos sobre algunos problemas concernientes a lo normal y lo patológico*, publicado en sus siguientes ediciones y traducciones como *Lo normal y lo patológico* (2009), ahí apunta la necesidad de revisar ambos conceptos desde una visión epistemológica, y apunta que el concepto “normal” en términos semánticos hace alusión a la regla o la norma, lo cual se refiere tanto a la cuestión estadística de normalidad como al deber ser o estado ideal; estas dos acepciones implican que en la investigación en salud, los estados de normalidad se relacionan tanto con la regularidad como con el estado ideal del cuerpo, de tal manera que lo normal es aquello en el que no se perciben alteraciones desde la visión objetiva, pero también un estado preferente idealmente objetivado. Es decir que se opera un trabajo de cosificación del cuerpo. Esto es asumido desde la tradición filosófica racional revitalizado por el proyecto positivista, conformando lo que llama *la tradición filosófica realista, según la cual un carácter común adquiere el valor de tipo ideal* (Calguinhem, 2005: 100).

Por su parte, Michel Foucault, antecede la edición inglesa de *Lo normal y lo patológico* (1978) con un ensayo introductorio en el que se suma al proyecto filosófico inaugurado por Calguinhem, principio de sus futuros análisis profundos sobre los discursos del saber obrando en los sujetos, en el mismo momento en que se articulan como dispositivos de poder. Es bien sabido el alcance que tal proyecto abarca en las obras posteriores de Foucault.

En una breve mirada a la obra referida de Calguinhem y los escritos suscitados en Foucault, haremos que la preocupación sustantiva de ambos es el rastreo histórico de las concepciones filosóficas sobre la salud y la enfermedad, en el primero; y las tecnologías y dispositivos de saber y poder que operan en el cuerpo, en el segundo. Ambas problematizaciones son necesarias para entender la manera en que la epidemiología actual intenta entablar un diálogo fructífero con las disciplinas sociales y sus métodos, en la búsqueda de resultados explicativos y comprensivos de los problemas de salud colectiva.

Lo normal y la norma

En la obra de Calguinhem, como ya hemos adelantado, la relación entre normalidad y normatividad abre el campo para repensar cómo ha asumido la enfermedad la filosofía moderna, o quizá mejor, cómo ha operado el discurso científico sobre el cuerpo y la sociedad.

Calguinhem apunta que desde finales del siglo XVIII la medicina europea empieza a transitar hacia lo que en el XIX será la medicina moderna que, asumiendo los avances científicos en los campos de la química y la micro-biología, logrará controlar curar lo que antes habían sido plagas mortales, apunta también el carácter operativo y tecnológico en el que se transforma la práctica médica, de una visión clínica a un proyecto de salud basado en la recolección de datos y la confirmación experimental. La presencia de Broussais, pero sobre todo de Bernard y sus apuntes científicos, afianzan la idea de que la enfermedad es una variación cuantitativa de lo normal (Calguinhem: 2009: 125). Para este médico filósofo, la medicina debe insertarse en las ciencias de la vida, (Bacarelet y Lechuga, 2009). Así, la intención de Calguinhem, deja de ser un análisis crítico de cómo funciona la ciencia en general, para situarse en la ciencia médica y reconocerla como parte de las ciencias de la vida y es ahí donde se ha generado una confusión en tanto la alteración de la vida mediante la enfermedad se piensa como una “anormalidad” y dentro de la normalidad de la vida. A partir de un recorrido histórico, argumenta cómo lo patológico se ha asumido como “anormal”. Pero su idea de la normalidad desde la biología, le permite preguntarse en qué medida la medicina científica, especialmente en el siglo XIX, reduce la vastedad y complejidad de la vida a una objetivación que permite distinguirla “normalidades” y “anormalidades”. El problema que apunta es la problematización que significa objetivar la vida o ver lo normal solo en su versión objetiva.

Calguinhem entiende lo normal como “*las normas biológicas de la vida... La vida es la normatividad biológica*” (Ibid, 175), ¿lo anormal, o lo patológico se hallan entonces fuera de la norma de la vida? Calguinhem, dirá que no, de hecho distingue con claridad lo “anormal” y lo patológico: “*el estado patológico no puede ser denominado ‘anormal’ de un modo absoluto, sino en relación con una situación determinada*” (ibid. 149). Estar enfermo es otra forma de vida, o se instituye dentro de otra normatividad que es otra forma de vida; en el momento en que la normatividad biológica del individuo es convertida por la ciencia médica en una medida cuantitativa, la idea de normal deja de ser un concepto de vida para convertirse en un concepto científico (Torredano: 127). A partir del siglo XIX, tanto en la medicina clínica, como en la medicina colectiva la normalidad se instaura en la media estandarizada, el promedio de la observación y ahora su significación es objetiva. *Esta objetivación de la norma en el promedio termina por desconocer el valor normativo de lo viviente (ibid).*

Esta idea de norma variará veinte años después en su libro, *Las nuevas reflexiones relativas a lo normal y lo patológico* (1995), ahora bajo la óptica de Foucault, Calguinhem, asumirá una visión más allá de lo biológico, para situarse en la posición de la medicina social. Vuelve al término de norma, pero ahora, descentrándose de la condición biológica del enfermo, para vincularla con la visión foucaultiana de normal- normar –normativizar; cierto que el viraje no es del todo inusitado, en Calguinhem, se asomaba tímidamente ya esta interpretación que Foucault hará suya, pero además, punto central y fundamental en sus estudios sobre las sociedades disciplinadas. En esos trabajos, la idea de la norma como estatuto de objetivación de la salud estará vinculada con la de normalidad social y política. Foucault inicia con un análisis sobre la idea de salud mental y la locura; y en estos espacios empieza a entrever la trascendencia del término, no sólo en cuestiones del saber, sino como parte sustantiva de la cultura que este saber instituye. Es bien conocida su argumentación

sobre la idea de normar, para organizar y controlar los espacios públicos de las modernas sociedades, pero es en el terreno de la salud, donde la norma, no como idea, sino como realidad atraviesa el ámbito público y privado de los individuos. Foucault halla en este concepto el fundamento para entender la organización social a partir de los espacios de confinamiento social de los “anormales”: los hospitales, los asilos, los manicomios, las prisiones. La norma como dispositivo de socialización. Es decir, a partir de este concepto y las discusiones filosóficas que suscita, le permite desplegar todo su pensamiento, avanzando de la norma como mecanismo de control social hacia la norma como tecnología de seguridad y de gobernabilidad de las sociedades modernas.

La enfermedad como representación

Si Calguinhem nos había hecho reflexionar sobre el determinismo conceptual que se impone a la investigación y a la práctica científica en el campo de la salud, a partir de la concepción de la enfermedad como anomalía de la vida y lo insuficiente que esto resulta; Foucault, asumirá el concepto para pensar más allá de la construcción del discurso científico sobre la de la salud, y cómo, en el mismo concepto de normalidad, se halla implicada la organización política de la sociedad. En *Voluntad de saber* (1976) expresa que la sociedad moderna es la sociedad de la normalización, y ésta es no otra cosa que el *efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida* (Foucault, 2002); es decir son la administración y organización política de los Estados modernos que se caracterizan por difuminar su poder sobre los individuos haciendo “proliferar y penetrar la norma en el cuerpo social, lo que asegura el ejercicio continuado del poder” (Torrano, 136). La idea de norma adquiere entonces una connotación fundamental y significativa en toda la obra de Foucault, en términos epistemológicos entiende la norma ya no como un elemento sustantivo de la vida, sino como normatividad que dicta el discurso de saber y del poder sobre el individuo, la norma tanto como mecanismo de control, como también tecnología de gobernabilidad. Foucault verá en el concepto calguinhemiano de objetividad mediante la aseveración científica de normalidad-anormalidad la fuente extraordinaria para rebasar el mero discurso médico; no obstante es en este espacio del saber y del poder donde se hacen visibles las implicaciones que esto conlleva en la vida de los individuos y en la conformación de la cultura occidental moderna. Es en el concepto de la vida, donde se halla la posibilidad de reconocer la función política de normar la vida pública y privada de los ciudadanos modernos a partir de la descripción científica.

En ese sentido reconocemos que Foucault, identifica con este concepto la presencia política en los cuerpos (individual y social) de la administración política, no solo en materia de salud, pero quizá en este campo donde ésta es más visible. Los conceptos de “normal” que desarrolla la ciencia se vinculan con los procesos normalizadores necesarios para vivir en las sociedades modernas. Los discursos del saber se imponen sobre la concreción del fenómeno “enfermar”, o salir de la normalidad. De hecho la enfermedad, solo existe, en virtud de ser descrita y reconocida por el saber que se impone sobre ella, y ese reconocimiento es asumido socialmente con mínimas resistencias.

Es decir, damos por verdaderos y legítimos saberes que se imponen sobre nuestro cuerpo en la medida en que hemos socializado tales discursos y estos operan libremente en los ámbitos individual y social. (Bacalrlett y Lechuga. 2009)

Así entonces hallamos que en la obra de Michel Foucault la riqueza que supone el concepto de normalidad que abre rumbos inusitado para el pensamiento filosófico, en su afán por comprender nuestro tiempo. No obstante, una buena parte de sus argumentaciones parte del significado implícito de Calguinhem en tanto ve la enfermedad como una desviación de la norma, se aleja de la distinción de normalidad y patología, para centrarse en la oportunidad que esto implica para reconocer el funcionamiento de la tecnología de seguridad y de gobernabilidad que despliegan los Estados alrededor del tema de salud como una garantía pública. Lo que esto requiere, sin embargo es el paso de la idea de salud colectiva a salud pública. En *Seguridad, territorio y población*, curso que dicta en *el Collège de France* en 1978 reconoce la importancia del concepto de población, y lo liga con lo que llamará la bio-política.

La *biopolítica de la población* son una serie de dispositivos que actúan sobre el objeto cuerpo-especie: el cuerpo viviente, soporte de los procesos biológicos básicos, nacimiento, muerte, enfermedad, salud, duración de la vida y todos ellos no solamente son descritos y conocidos por un discurso científico que da cuenta de ellos, sino que son gestionados y resguardados por un Estado, la norma actúa ahora como un proceso regulador. Andrea Torrano (2013) toma una cita que ilustra bien esta circulación, norma-regulación normativa: *La norma es lo que puede aplicarse tanto al cuerpo que se quiere disciplinar como a la población que se quiere regular* (Foucault, 1996)

Esta articulación norma-regulación, permite pasar del mecanismo de control, a una tecnología de seguridad, y en el terreno de la salud, es extraordinariamente visible. En el momento en que la enfermedad aparece como una desviación graficada, su representación es fundamental para la operación misma de los aparatos de salud, son sobre pasados hacia otros espacios del poder dictando normas que debe efectuar el individuo. El ejemplo con el iniciamos este breve comentario ilustra bien como trabaja la investigación epidemiológica a fines del siglo XIX, y de qué manera los principios normativos se asumen como principios reguladores.

A una salud administrada, corresponde una enfermedad concretizada en el cuerpo; pero ahora la responsabilidad de la ausencia de la enfermedad está vinculada a elementos jurídico-políticos. La prevención de la enfermedad a partir del cálculo y la organización de ese cálculo, son la base de la investigación en salud pública, la discusión conceptual de estos elementos constitutivos del saber son incuestionados desde la epidemiología misma, y de la misma manera que la medicina científica se aleja de las discusiones epistemológicas, la epidemiología debate consigo misma para entender las distintas rutas metodológicas que ha emprendido.

Definir la enfermedad en el sentido objetivo y la representación gráfica de ella, son las bases epistemológicas de la investigación epidemiológica, convendría reconocer que para enriquecer el debate metodológico es necesario recurrir a estas y otras discusiones que se han suscitado desde la filosofía.

Años antes, en el *Nacimiento de la clínica* Foucault nos había referido la idea moderna de los hospitales como el terreno donde se acalla el cuerpo y habla el saber, dice de estos como un lugar ajeno al enfermo y el ámbito más evidente del discurso aséptico del saber sobre el dolor sentido; no obstante, la idea vulgar en nuestra sociedad actual, también nos conduce al hospital como el espacio idóneo para sanar, la investigación en salud, no sólo asume la idea del cálculo y la administración, sino que es constitutiva de ella; ¿cómo podemos ampliar y reconocer los elementos implícitos que rodean a la salud y la enfermedad de sus espacios de ejercicio? Pedir a la filosofía que robustezca nuestras ideas de salud y enfermedad tal vez nos permita empezar a transitar desde los límites de los saberes a los espacios abiertos, de los límites del cuerpo como objeto a los horizontes abiertos donde es pensado como posibilidad.

La pregunta que de pronto salta, es si los límites del saber en lo relativo a la salud colectiva, límites que los propios epidemiólogos han reconocido y han intentado subsanar en la medida en que han echado mano de los métodos de disciplinas no meramente médicas, no podrían enriquecerse más en tanto mantuvieran un diálogo más cercano con la filosofía. En todo caso todos estamos en la búsqueda de comprender con respuestas más amplias un problema tan complejo como lo es la salud.

A manera de conclusión

En el texto póstumo *Escritos sobre medicina* (2002), Canguilhem rastrea el concepto de enfermedad en la filosofía y nos remite a la idea cartesiana según la cual podríamos identificar la idea de salud en el mismo sentido de la verdad en habitando en el cuerpo, en tanto podríamos pensar que la verdad *es el estado natural de las cosas*; quizá aquí encontramos el antecedente filosófico de asumir la enfermedad con un estado alterado del cuerpo, es decir; como entidad independiente y ubicable en el espacio concreto del cuerpo. En este mismo sentido, el autor nos conduce a reconocer cómo la enfermedad como concepto fue también una preocupación constante de la filosofía moderna, desde Descartes hasta Kant, la filosofía se ha ocupado de la salud desde el nacimiento de la modernidad, ¿en qué momento aparecen sus discursos extraños al saber médico? En la Ilustración, por ejemplo,

se pensaba que la enfermedad era la ausencia de salud, es decir, solo cuando estamos enfermos cuando sabemos que hemos perdido la salud, antes de ello, el cuerpo calla; la idea kantiana de la sensación de una ausencia (la salud) nos hace sentir su presencia (la enfermedad). Kant, a diferencia de Descartes, asume que la salud no es un saber sino un percibir. Salimos del plano de lo verdadero en términos objetivos al mundo de las sensaciones y las percepciones. La salud entonces, nos dice Calguinhem puede asumirse en el mundo del conocimiento común y corriente; es, nos dice un concepto *vulgar*, ¿cómo es que lo convertimos en un concepto científico? ¿Cómo hacemos una ciencia de la salud?

Si bien en las disertaciones sobre el concepto de enfermedad en Calguinhem y Foucault se distancian, la oportunidad de ensayar probables rutas para pensar y repensar el fenómeno de salud como un problema que rebasa la objetividad y la representación numérica se propician a partir de la lectura y reflexión de sus obras, lecturas, con frecuencia, tan poco comunes en la formación del médico o del salubrista.

REFERENCIAS

- Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2007). Para una epidemiología con (más) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo cualitativo Salud colectiva. *Lanús*, 3(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 03 de marzo de 2014.
- Consejo Superior de Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (1896). *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, tomo II, número 4, 31 de Octubre de 1896.
- Bacarlett, M.L. y Juventino R. (2007). Descartes desde Canguilhem: el mecanicismo y el concepto de reflejo. *Ciencia Ergo Sum*, 14(2), pp.161-164.
- Bacarlett, M.L., Juventino R. y Lechuga de la Cruz, (2009). Calguinhem y Foucault, de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, XVII(31), pp. 65-85.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2009). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI: México.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1).
- (1983) *El nacimiento de la clínica. Arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- (2002). *Historia de la sexualidad. I la voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- (2006). *Seguridad, territorio y población*. México: FCE.
- (2007). La vida: la experiencia y la ciencia. *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Holland, W., Olsen, J. et al. (eds.). (2007). *The development of modern epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Macherey, P. (1999): “Sobre una historia natural de las normas”, en *Michel Foucault, Filósofo*, Barcelona, Gedisa.
- Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Susser, M. (1973). Judgment and causal inference. Criteria in epidemiologic studies. *American Journal of Epidemiology*, 105, pp. 1-15.
- Weed, D. L. (1986). On the logic of causal inference. *Am J Epidemiol*, 123, pp. 965-979.
- Taubes, G., Mann Ch. (1995). Epidemiology faces its limits. *Science*, 269, p. 164.

SOBRE LOS AUTORES

Rebeca Treviño-Montemayor: Doctora en Ciencias Médicas, maestra en filosofía. Docente investigadora. Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana, Universidad Juárez de Durango. México.

Laura Ernestina Barragán Ledesma: Doctora en Salud Pública. Docente investigadora de la Facultad de Medicina y Nutrición. Universidad Juárez del Estado de Durango.

José Alejandro Ríos Valles: Médico y Doctor en Educación. Docente investigador de las Facultades de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana y de Medicina y Nutrición de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Fonoaudiologia e saúde mental: atendimento em grupo a sujeitos institucionalizados com transtornos mentais

Beatriz Paiva Bueno de Almeida, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Maria Claudia Cunha, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Luiz Augusto de Paula Souza, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Resumo: O objetivo deste artigo é caracterizar e analisar o trabalho fonoaudiológico desenvolvido no CAIS-SR, instituição cuja história foi marcada pelo processo de institucionalização de sujeitos com transtornos mentais e, posteriormente, pela Reforma Psiquiátrica. A pesquisa se configura como um estudo de caso, com ênfase na investigação de um projeto de atendimento grupal (grupo/coral “Sabiá na Laranjeira”) conduzido pela Fonoaudiologia no CAIS-SR. O método da pesquisa conjuga levantamento dos registros das atividades fonoaudiológicas realizadas, que ocorreram entre 2001 e 2006; entrevistas com profissionais das equipes do CAIS-SR e com pacientes do grupo “Sabiá na Laranjeira” sobre a presença do fonoaudiólogo ao longo desse período; e, especialmente, análise do trabalho grupal efetuado com os pacientes do “Sabiá na Laranjeira”. Para contextualizar a análise do trabalho fonoaudiológico no CAIS-SR, são apresentadas questões básicas ao atendimento do paciente com transtornos mentais, a saber: as marcas que o isolamento deixa na história de vida destes sujeitos; a composição e a relevância das equipes inter e multidisciplinares na saúde mental; a exclusão social e a busca por atividades que auxiliem na construção de uma nova e mais satisfatória condição social para tais sujeitos. Nesse sentido, o artigo aponta para o fato de que o fonoaudiólogo, participando de equipes do CAIS-SR, além de identificar e tratar alterações fonoaudiológicas, deve valorizar e estimular a comunicação e a circulação discursiva entre os pacientes e destes com familiares, profissionais e sociedade, intensificando o uso da linguagem (verbal e não-verbal) e lançando luz sobre a importância da comunicação para, entre outros aspectos: reabilitação biopsicossocial, formação de vínculos interpessoais, legitimação e pertencimento social dos sujeitos com transtornos mentais, o que se alinha com as políticas públicas antimanicomiais e de reintegração social.

Palavras chave: linguagem, transtornos mentais, fonoaudiologia

Abstract: The objective of this article is to characterize and analyze the speech developed at the CAIS-SR, an institution whose history was marked by the process of institutionalization of mental patients and then by Psychiatric Reform. The research is designed as a case study, with emphasis on research for a project of care group (group / choir “Sabiá na Laranjeira”) conducted by the speech in CAIS-SR. The research method combines survey of speech-language record of the activities carried out, which occurred between 2001 and 2006, interviews with professional teams of CAIS-SR and group patients “Sabiá na Laranjeira” about the presence of speech therapist throughout this period, and especially analysis of the group work done with patients of “Sabiá na Laranjeira”. To put the analysis the work of speech therapy in CAIS-SR, is presented key issues to care of patients with mental disorders, namely: the marks that isolation makes the life history of these subjects, the composition and relevance of inter-and multidisciplinary teams in mental health; social exclusion and the search for activities that help in building a new and more satisfactory social conditions for such subjects. In this sense, the article points to the fact that the speech therapist, participating in teams of CAIS-SR, beyond to identify and treat speech pathology, should value and encourage communication and discursive circulation among patients and those with family members and society by increasing the use of language (verbal and nonverbal) and shedding light on the importance of communication, among other things: biopsychosocial rehabilitation; training of interpersonal bonds; legitimacy and social belonging of the subjects with mental disorders, which aligns public policies with anti-psychiatric ward and social reintegration.

Keywords: Speech Therapy, Mental Disorders, Language.



Introdução

A caracterização da atuação fonoaudiológica em uma instituição psiquiátrica - CAIS-SR, construiu esta análise, dando ensejo à identificação e à análise de contribuições e questões relativas à inserção da fonoaudiologia no atendimento multidisciplinar ao sujeito institucionalizado por transtornos mentais.

O CAIS-SR, antes chamado Hospital Psiquiátrico, tem sua história marcada pelo processo de institucionalização de portadores de transtornos mentais e pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que, neste local, se inicia com intervenção e quase fechamento no ano de 1995, culminando com transformações na estrutura e na lógica de atendimento aos moradores e outros usuários da instituição.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se inscreve num contexto internacional de mudanças, que perseguem a qualificação e a humanização do atendimento ao portador de transtornos mentais, bem como a superação da violência asilar, contando com a participação de vários atores: trabalhadores da saúde, familiares, usuários, gestores e setores organizados da sociedade.

Por meio de uma série de denúncias, a sociedade começou a se dar conta de verdadeiras barbáries, que ocorriam no interior de várias instituições psiquiátricas, e da condição de exclusão, abandono e objetificação a que os sujeitos portadores de transtornos mentais estavam submetidos. “O manicômio, nascido como defesa dos sãos contra a loucura, como proteção contra os centros de infecção, parece finalmente estar sendo considerado como o lugar do qual o doente mental deve ser defendido e salvo” (Basaglia, 2005, p. 26).

É o início de uma inflexão no trabalho com os sujeitos institucionalizados por transtornos mentais, por meio da qual se delineia um novo cenário na Saúde Mental de nosso país. Este processo concerne à abertura e à reorientação destas instituições, e ao estabelecimento de uma ética do não-isolamento, portanto, da convivência social com o louco e com a loucura; ética consignada em diferentes maneiras de trabalhar e de lidar com estes sujeitos.

No período atual, a Reforma da Saúde Mental se consolida como política pública federal e caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental, substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

A superação do modelo manicomial é princípio fundamental da proposta da Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil, e são muitas as estratégias e os dispositivos que estão sendo criados para contribuir na reconstrução de um novo lugar social para a loucura em nossa sociedade. A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação, que implica mudanças de paradigmas, superação do mito da periculosidade do louco e desconstrução progressiva do manicômio.

A questão não é apenas construir novos serviços, nem introduzir novas, modernas e menos violentas técnicas de atendimento ao portador de transtornos mentais, mas incluir socialmente este sujeito, interferir nas relações da sociedade com a loucura, promover a cidadania e novos olhares ao humano que existe na loucura.

Este processo envolve atores sociais concretos, que participam de um processo dinâmico, em construção permanente, no qual os sujeitos se transformam, bem como os conceitos, as práticas, a história.

Um dos objetivos específicos da Reforma Psiquiátrica é a luta por uma vida mais digna para todos. O serviço substitutivo (diminuição dos leitos psiquiátricos, criação de Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial, cooperativas, associações, projetos de residências terapêuticas, dentre outros dispositivos) não assume apenas o tratamento do doente mental, mas também a construção de meios de intervenção na sociedade, para que a mesma reveja sua maneira de “pensar” a loucura, criando, assim, possibilidades para que as pessoas portadoras de transtornos mentais possam viver com mais qualidade e livres de preconceitos.

Neste contexto, também ganha impulso o trabalho das equipes multi e interdisciplinares e, com elas, o desafio de, em conjunto, reconstruir a história da saúde mental no Brasil. É aqui que a Fonoaudiologia tem a chance de entrar, mais efetivamente, neste universo.

O CAIS-SR, em certa medida, reflete o percurso da reforma psiquiátrica em nosso país, com toda discussão e mudança de concepções e posições, necessárias para que tal reforma continue em

curso. Os profissionais que compõem este cenário de mudanças precisam estar dispostos a trabalhar juntos, reinventar o lugar social da loucura e atuar para além dos muros das instituições de saúde.

O encontro da Fonoaudiologia com o CAIS-SR teve início, formalmente, em 2001, quando a autora da presente pesquisa começa o trabalho de estruturação de um coral com pacientes da instituição, além de outras atividades assistenciais na área de Fonoaudiologia. Os pacientes nomearão o coral de “Sabiá na Laranjeira”, e esta experiência, além de ser fator decisivo para levar a Fonoaudiologia ao CAIS-SR, transformar-se-á em um dos dispositivos de maior potencial do trabalho fonoaudiológico na instituição.

No grupo coral, o fonoaudiólogo participava da organização e atuava juntamente com outros dois profissionais envolvidos no projeto: terapeuta ocupacional e assistente social. O grupo reunia-se uma vez por semana, no Museu do CAIS e, quando tinha apresentações em eventos, aumentava o número de encontros semanais. As atividades do coral iam da escolha ao ensaio de músicas pelos pacientes, até as apresentações públicas no CAIS e fora dele (em várias cidades da região). O repertório, os ensaios e as apresentações eram discutidos e decididos pelo grupo, o que estimulava a circulação discursiva e a interação entre todos os membros.

O grupo “Sabiá na Laranjeira” recebia pacientes de todas as unidades do CAIS-SR (Unidades Asilares, Núcleo de Moradias Protegidas e Centro de Reabilitação Psicossociais CAPS Adulto II e CAPS ad). Era o único grupo realizado no CAIS sob a coordenação de um fonoaudiólogo. Era formado, em média, por 25 integrantes, de ambos os sexos e idade entre 32 e 65 anos, que demonstrassem desejo em participar.

Importante ressaltar que o atendimento neste grupo terapêutico era o único atendimento fonoaudiológico permitido aos usuários dos CAPS, que para atendimento individual deveriam procurar os serviços disponíveis nas redes públicas de suas cidades de origem.

O nome do coral foi sugerido por um dos participantes, que, emocionado, relatou ao grupo uma lembrança de seu passado, que lhe ocorria nas atividades do coral: a beleza do som de um sabiá cantando na laranjeira. A sugestão foi acatada por todos.

O grupo se apresentava para os funcionários e pacientes do CAIS em diferentes momentos (datas comemorativas, missas, abertura de eventos, entre outros), em festividades na cidade de origem e do entorno (encontro de corais, festividades de Natal, entre outros) e em ambientes culturais (teatros, praças, etc.), igrejas e hospitais psiquiátricos da região, a convite, sempre acompanhados pelos três profissionais envolvidos no projeto.

O “Sabiá na Laranjeira” necessitava também da colaboração e do apoio de vários outros profissionais, que, embora não estivessem diretamente ligados ao grupo, eram essenciais para sua continuidade; por exemplo: profissionais que trabalhavam nas unidades identificavam e encaminhavam os moradores que tinham condições e desejo em participar do grupo; alguns pacientes necessitavam de ajuda para se deslocar até o local dos encontros, pois eram cadeirantes. Quando o grupo tinha apresentações, necessitava de lanches (elaborados pelo Setor de Nutrição e Dietética) e transporte, realizado pelo micro-ônibus e pelo motorista da instituição.

Tais iniciativas necessitam de profissionais que estejam dispostos a contribuir com outros modos de tratar, de cuidar e de acolher os sujeitos em sofrimento mental. Daí a necessidade de refletir sobre os profissionais de saúde (aqui, mais especificamente, o fonoaudiólogo), no sentido de contribuir com o desenvolvimento de perspectivas integrais de atenção à saúde mental da população.

Objetivo

Este artigo tem como objetivo caracterizar o trabalho fonoaudiológico desenvolvido em uma instituição psiquiátrica – CAIS-SR, em especial na constituição e na condução de um projeto grupal de atendimento destinado à promoção da comunicação, do contato e da circulação discursiva e social de um conjunto de pacientes: o grupo/coral “Sabiá na Laranjeira”.

Método

O desenho da pesquisa é o de estudo do caso do grupo/coral “Sabiá na Laranjeira”, de natureza qualitativa e descritiva.

Casuística:

Profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, cirurgiões dentistas e fisioterapeutas) e pacientes do grupo “Sabiá na Laranjeira”.

Procedimento:

Tal levantamento ocorreu por meio de entrevistas semidirigidas (com profissionais e pacientes), que buscaram apreender sentidos atribuídos por profissionais e pacientes do grupo “Sabiá na Laranjeira” quanto à necessidade e efetividade do trabalho fonoaudiológico, às relações na equipe, às expectativas e percepções sobre os resultados, e aos papéis atribuídos ao fonoaudiólogo.

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2008 a fevereiro de 2009 e foram gravadas em áudio e transcritas, para posterior análise e discussão.

As entrevistas se deram nas unidades em que os profissionais se encontravam, para que não precisassem se deslocar. Dos 34 profissionais potencialmente aptos a participar da pesquisa, 24 foram entrevistados, os demais não se encontravam em suas unidades no período da coleta, por motivo de licença maternidade ou férias.

As entrevistas semidirigidas seguiram um roteiro (apurado após aplicação de piloto, com as devidas reformulações).

Antes das entrevistas com os pacientes, foi realizado um levantamento dos pacientes que ainda se encontravam no CAIS-SR e que preenchessem os requisitos dos critérios de inclusão, pois, durante estes anos, houve alguns óbitos e vários pacientes do CAPS (Centro de Atenção Integral à Saúde), que integravam o grupo “Sabiá na Laranjeira”, tiveram alta ou abandonaram o tratamento. Por esta razão, apenas 05 pacientes (nenhum deles interditado judicialmente) se enquadraram nos requisitos definidos, participando como sujeitos do estudo.

Para a entrevista, foi realizado contato telefônico com os locais onde os pacientes encontravam-se no momento da coleta de dados (CAPS, Núcleo de Oficinas Terapêuticas e Núcleo de Moradias Protegidas) e, a seguir, realizada a coleta nos respectivos locais, em sala onde permaneceram apenas o entrevistado e o entrevistador. As entrevistas semidirigidas obedeceram a um roteiro (apurado após aplicação de piloto, com as reformulações necessárias):

Para concluir a apresentação dos fundamentos e dos procedimentos metodológicos, resta dizer que a pesquisa seguiu as normas éticas vigentes, e que seu projeto tramitou na Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde foi analisado e recebeu aprovação sob o número 293/2008, bem como foi encaminhado para o CAIS – SR, onde foi analisado e recebeu autorização para ser realizado.

Critérios de inclusão

Para os profissionais da equipe de saúde

Critérios de inclusão: - Concordância em participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de autorização e consentimento livre e esclarecido; - envolvimento no trabalho multidisciplinar, responsabilidade por encaminhamentos à Fonoaudiologia e convívio nas unidades com os pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia, incluindo algum contato com as atividades do grupo “Sabiá na Laranjeira”.

Vale mencionar que o contato e a seleção dos profissionais de saúde contaram com o auxílio de uma diretora técnica do CAIS-SR, com a qual foi realizado levantamento dos profissionais

universitários, que trabalharam nestas unidades no período estudado, e identificados os locais do CAIS-SR em que estavam no momento da entrevista.

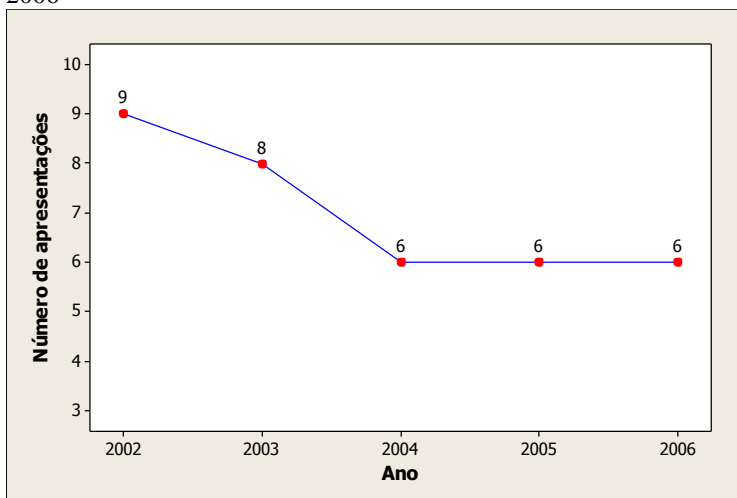
Para os pacientes do grupo “Sabiá na Laranjeira”

Os participantes da pesquisa foram selecionados e incluídos conforme os critérios e procedimentos seguintes: condição intelectual e psíquica para conceder entrevista; - concordância em participar da pesquisa; - termo de autorização e consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes do referido grupo, ou por seus responsáveis, caso fossem interditados judicialmente; - assiduidade no grupo de, pelo menos, 80% para garantir consistência em termos de conhecimento do paciente sobre o trabalho desenvolvido.

Resultados/Discussão da análise quantitativa

Na Figura 1 estão representados os números de apresentações do grupo “Sabiá na Laranjeira” no período de 2002 a 2006. O maior número de apresentações ocorreu no ano de 2002.

Figura 1: Número de apresentações anuais do grupo “Sabiá na Laranjeira” no período de 2002 a 2006



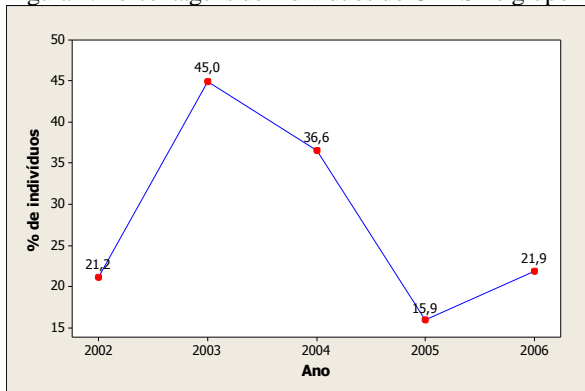
Fonte: Almeida, 2010.

De acordo com a figura 1, o número de apresentações do grupo “Sabiá na Laranjeira” indica a projeção desse trabalho na comunidade, o que vai ao encontro do objetivo de reinserção social destes indivíduos. O grupo tinha seu espaço garantido no calendário de festividades de Natal da cidade e era convidado a participar de eventos e festividades, que ocorriam durante o ano, na cidade e em municípios vizinhos.

O grupo “Sabiá na Laranjeira” conquistou, em pouco tempo, espaço como uma atividade terapêutica disponível e relevante na Instituição, atendendo tanto aos moradores do CAIS-SR quanto aos pacientes que vinham do CAPS. Vale lembrar que o “Sabiá na Laranjeira”, como mencionado anteriormente, era a única forma de atendimento fonoaudiológico possível no CAIS-SR aos usuários do CAPS.

As porcentagens de pacientes do CAPS, que tiveram atendimento em grupo (participaram do grupo “Sabiá na Laranjeira”) estão representadas na Figura 2.

Figura 2: Porcentagens de indivíduos do CAPS no grupo “Sabiá na Laranjeira” no período de 2002 a 2006



Fonte: Almeida, 2010.

Resultados/Discussão da análise qualitativa

Entrevistas com profissionais do CAIS-SR sobre o trabalho em equipe multiprofissional e no grupo “Sabiá na Laranjeira”

Os dados das entrevistas foram analisados por meio do uso de categorias, definidas *a priori*, já a partir do roteiro da entrevista. “Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, (...) pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (Minayo *et al.* 2002, p.70).

Quanto às entrevistas, Minayo (2008, p.109-10) se refere à importância das mesmas como instrumento privilegiado de coleta de informações, devido:

à possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

De fato, também aqui a entrevista foi útil para coletar informações e percepções com sujeitos implicados nas condições concretas de atendimento e de trabalho no CAIS-SR.

Foram entrevistados 24 funcionários. Valores estatístico-descritivos para a Idade, Tempo de formado (anos) e Tempo de atuação no CAIS (anos) são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Estatísticas descritivas para a Idade, Tempo de formado (anos) e Tempo de atuação no CAIS-SR (anos) dos funcionários entrevistados

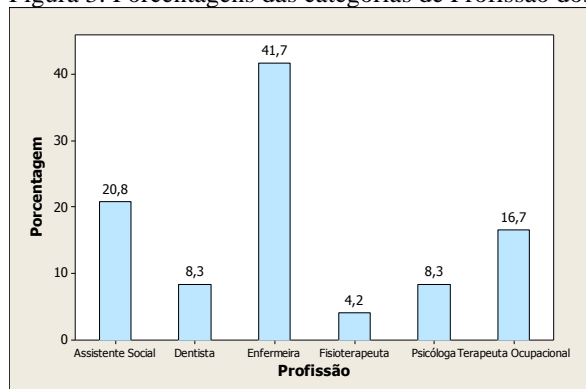
Variável	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	24	43,4	8,6	31	45	58
Tempo de formado (anos)	24	20,6	9,2	8	22	36
Tempo de atuação no CAIS	24	14,1	8,1	4	12	36

Fonte: Almeida, 2010.

Nota-se, nestes dados, que a maioria dos funcionários está formada, em média, há 20,6 anos, atuando no CAIS-SR, em média, há 14,1 anos, sugerindo que a maioria destes profissionais acompanhou as mudanças da Reforma Psiquiátrica, portanto passando por processos de mudança em suas formas de trabalho com os pacientes e na instituição.

Na Figura 3 vê-se a porcentagem de cada uma das categorias dos profissionais entrevistados. Lembrando que a escolha desses profissionais deu-se por estarem diretamente vinculados a atividades multiprofissionais nas quais o fonoaudiólogo tomou parte.

Figura 3: Porcentagens das categorias de Profissão dos 24 funcionários entrevistados



Fonte: Almeida, 2010.

Em relação ao conteúdo das entrevistas com os profissionais, são apresentados, abaixo, a análise do que disseram, seguidos pela discussão dos aspectos que neles se destacam.

Tabela 2: Histórico do funcionário no CAIS-SR

Categoria: histórico do funcionário no CAIS-SR	
Representação	Todos os entrevistados relataram não possuir histórico de experiências prévias com atendimentos em instituições psiquiátricas.
Exemplos de respostas recebidas	<p>“No começo é um pouco assustador, mas depois me acostumei, já aprendi bastante, é enriquecedor”.</p> <p>“Precisei adaptar minha prática clínica para trabalhar com esta clientela”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Observa-se, nos exemplos destacados, quanto ao histórico do trabalho no CAIS-SR, que, como a maioria não tinha experiência prévia com pacientes portadores de transtornos mentais, apontam necessidade de adaptar a sua prática profissional ao atendimento a esses sujeitos. Segundo Nicácio (1989), no processo de trabalho com esses sujeitos, não apenas se constitui a subjetividade do paciente, mas a dos próprios trabalhadores. Significa dizer, também, que as concepções que a sociedade tem, em relação ao chamado “louco”, também atingem o profissional que entra neste universo.

Tabela 3: Trabalho multidisciplinar no atendimento aos portadores de transtornos mentais institucionalizados

Categoria: trabalho multidisciplinar no atendimento aos portadores de transtornos mentais institucionalizados		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que acharam importante o trabalho multidisciplinar com estes pacientes	23	<p>“Quanto mais olhares houver para essas pessoas, melhor ela vai ser reabilitada e reinserida”.</p> <p>“Às vezes, predomina mais um profissional que outro, dependendo da necessidade do paciente”.</p> <p>“Enriquece as discussões, há trocas de saberes e o paciente ganha com isso”.</p> <p>“Os profissionais dividem suas dificuldades”.</p> <p>“Uma profissão complementa a outra”.</p>
Entrevistado que expressa uma opinião contrária aos demais	01	<p>“Eu tive que aprender a trabalhar em equipe, é complicado, porque um profissional se mistura um pouco com a função do outro”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Como referido, a maioria dos profissionais entrevistados atua no CAIS-SR, em média, há 14,1 anos (ver Tabela 8); portanto, participaram de mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, uma delas é a inserção da equipe multidisciplinar, o que vem à tona nas respostas, por meio da qualificação e até de algumas especificações sobre funções do trabalho multiprofissional.

No bojo das mudanças e reconstruções que estão em curso, uma equipe multidisciplinar é capaz de, com diferentes saberes e práticas, construir projetos e alternativas que auxiliem os sujeitos em sofrimento mental a (re)encontrar lugares na sociedade. Tal como queria Bianco (2008), os profissionais tornam-se equipe quando são interdependentes e usam suas habilidades, competências e recursos para planejar suas atividades e empenhar-se na obtenção de melhores resultados.

O trabalho em equipe só ocorre e é eficiente se os sujeitos envolvidos nesta construção coletiva estiverem disponíveis para este tipo de atuação. Quando um dos entrevistados disse: *“eu tive que aprender a trabalhar em equipe, é complicado, porque um profissional se mistura um pouco com a função do outro”*, isto sugere que a disponibilidade para essa aprendizagem é fundamental, pois, na prática, diferentes olhares, de fato, se encontram numa mesma questão, fazendo com que os saberes ultrapassem a linha virtual que, em função de nossas formações, supomos demarcar as diferentes profissões. No entanto, essa ultrapassagem não é prejudicial; ao contrário, nesses momentos novos sentidos e conhecimentos nascem para dar conta das questões e necessidades abordadas.

Tabela 4: Definição e caracterização do grupo “Sabiá na Laranjeira”

<i>Categoria: definição e caracterização do grupo “sabiá na laranjeira”</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que definiram e caracterizaram o projeto como um trabalho que trouxe benefícios aos pacientes	19	<p><i>“Os usuários falam o quanto cantar faz bem, o quanto conseguiram se expressar de outra forma, através da música. Para eles, que foram calados por muitos anos, isso é muito importante”.</i></p> <p><i>“Os pacientes que participavam se comunicavam mais, até mesmo em outras atividades, por exemplo, nas assembléias”.</i></p> <p><i>“O trabalho estimulava a integração dos moradores com os próprios moradores do CAIS-SR e de fora do CAIS-SR”.</i></p> <p><i>“Eles se sentiam muito valorizados quando eram convidados para se apresentar nos eventos”.</i></p> <p><i>“Pessoas que nunca tinham se relacionado, que eram arredias, que brigavam, que reclamavam que não saiam de dentro do CAIS-SR, com o grupo tinham outro comportamento, outra postura, se sentiam diferentes, se reconheciam como seres humanos”.</i></p> <p><i>“Até nós achávamos que os pacientes não tinham potencial, mas o grupo mostrou o contrário”.</i></p> <p><i>“Os pacientes conseguiram se identificar enquanto grupo”.</i></p> <p><i>“Os moradores não se esqueciam de ir, não se esqueciam da hora; é diferente de outros grupos, eles não precisam ser levados ou lembrados”.</i></p> <p><i>“É um trabalho muito verdadeiro, nunca tentou ultrapassar o limite do usuário”.</i></p> <p><i>“Quando eles se apresentavam, não era o coral da saúde mental, do sanatório, era como ver um coral igual a qualquer outro”.</i></p>
Entrevistados que não conheciam o projeto, não sabendo, portanto, defini-lo	02	<p><i>“Não conheço o projeto, mas vi apresentações”.</i></p> <p><i>“Não sei dizer”.</i></p>
Entrevistados que destacaram, especificamente, o trabalho da fonoaudióloga no grupo	03	<p><i>“O projeto existiu e funcionou enquanto a fonoaudióloga esteve no CAIS-SR”.</i></p> <p><i>“O grupo se qualificou quando a fonoaudióloga entrou no CAIS-SR e começou a trabalhar com eles”.</i></p> <p><i>“Não faz mais sentido sem a fonoaudióloga à frente do serviço”.</i></p>

Fonte: Almeida, 2010.

Pelos enunciados, o trabalho do grupo “Sabiá na Laranjeira” repercutiu de forma positiva para todos os profissionais entrevistados. A experiência do “Sabiá na Laranjeira” sugere que iniciativas como esta podem trazer ganhos em vários aspectos da vida dos sujeitos com transtornos mentais, institucionalizados ou não.

Com a atividade do cantar, um conjunto de pacientes virou grupo e se fez presente, ganhou repercussão na comunidade, criando oportunidades aos participantes de, efetivamente, não ficarem restritos ao espaço manicomial, interagindo com os próprios colegas e com a sociedade.

É necessário promover atendimentos que possibilitem o convívio e o diálogo, que utilizem também os espaços do asilo de maneira a propiciar encontros. É neste sentido que o grupo “Sabiá na Laranjeira” torna-se dispositivo potencializador da comunicação e da linguagem de seus membros.

Na percepção dos profissionais, a participação no grupo “Sabiá na Laranjeira” trouxe mudanças na maneira dos moradores se relacionarem com os demais moradores do CAIS-SR e com pessoas de fora da instituição. O fato deste trabalho proporcionar encontros entre os participantes e deles com a sociedade, nos quais são acolhidos, aplaudidos, reconhecidos, com certeza proporcionou experiências produtivas e intensivas de relacionamento com o outro, o que, simultaneamente, se opera pela linguagem e amplia a linguagem e a circulação social e discursiva dos sujeitos em sofrimento mental.

Os profissionais entrevistados identificam no grupo um diferencial, pois este tem potencial para produzir vetores saudáveis de subjetivação; daí, inclusive, um entrevistado ter aludido ao fato dos pacientes não precisarem ser lembrados dos dias e dos horários do grupo, porque estão engajados e têm prazer na atividade.

Os comentários relativos à atuação e à necessidade da presença do fonoaudiólogo neste grupo serão apresentados e discutidos a seguir.

Tabela 5: Trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no grupo “Sabiá na Laranjeira”

<i>Categoria: trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no grupo “sabiá na laranjeira”</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que consideram importante o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no grupo “Sabiá na Laranjeira”	20	<p>“O grupo não existiria sem este trabalho [multi e interdisciplinar]. Sem a equipe o grupo foi se perdendo”.</p> <p>“A equipe tinha muita criatividade, trabalhavam juntos, era uma equipe que acreditava no trabalho; estavam ali porque gostavam e acreditavam que era possível transformar, reabilitar e inserir através da música”.</p> <p>“A junção de vários olhares é muito importante para a qualidade do grupo; é uma união de esforços, enriquece o grupo”.</p> <p>“É necessário ser interdisciplinar porque é a equipe que identifica os moradores nas unidades e os encaminha para o grupo”.</p>
Entrevistados que não conheciam esse trabalho	02	<p>“Não conheço, não acompanhei”.</p> <p>“Não sei dizer”.</p>
Entrevistados que, embora achem esse trabalho importante, consideram a presença da fonoaudióloga mais necessária que a de outros profissionais nesse grupo	02	<p>“Acho que é um grupo mais específico da fonoaudióloga; não é para qualquer profissional”.</p> <p>“A fonoaudióloga precisa estar neste grupo pelo conhecimento técnico, mas outros profissionais podem atuar”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Como observado em enunciados sobre a atuação multidisciplinar no CAIS-SR, a maioria dos profissionais considera importante a atuação da equipe multidisciplinar também no grupo “Sabiá na Laranjeira”.

Neste grupo, em especial, a composição de uma equipe multidisciplinar foi essencial, devido às diversas atividades realizadas e à necessidade da atenção constante aos participantes. Durante o ano, várias atividades externas eram realizadas e um profissional apenas não seria suficiente para atender às diversas demandas técnicas e socioafetivas que surgiam. Este grupo também mobilizou vários outros profissionais, como já citado anteriormente, e sem eles muitas atividades estariam impossibilitadas, o que também confirma seu caráter interdisciplinar.

Em relação à atuação do fonoaudiólogo no grupo, fica claro que este profissional tem domínio de técnicas que favorecem esse tipo de trabalho, mas as atividades ali implicadas são, necessariamente, multidisciplinares, por se tratar de sujeitos com patologias diversas, que necessitam de apoio variado e observação constante, bem como por concernir uma conjuntura institucional intrincada, delicada e bastante complexa.

Tabela 6: Contribuição do trabalho desenvolvido pelo grupo “Sabiá na Laranjeira” para a reintegração social dos pacientes

Categoria: contribuição do trabalho desenvolvido pelo grupo “sabiá na laranjeira” para a reintegração social dos pacientes	
Representação	Todos os entrevistados relataram que o trabalho desenvolvido pelo grupo contribuiu para a reintegração social dos pacientes.
Exemplos de respostas recebidas	<p>“É um grande caminho, uma porta para levar as pessoas para a sociedade; o paciente psiquiátrico é estigmatizado, e mostrá-los através desse grupo é muito importante”.</p> <p>“Mostra o lado saudável do usuário e não enfatiza a doença”.</p> <p>“Os pacientes se sentem estimulados a participar da comunidade”.</p> <p>“É um trabalho muito técnico e feito seriamente, a partir de um projeto e avaliações constantes”.</p> <p>“Nas apresentações não eram os velhinhos lá do CAIS, pessoas do sanatório; eram os integrantes do coral “Sabiá na Laranjeira” que iam cantar”.</p> <p>“O coral é um dos projetos da instituição que conseguiu reverter o preconceito; não era só compaixão, ele alegrava os olhos e os ouvidos das pessoas”.</p> <p>“É emocionante ver a aceitação do público e a expressão das pessoas que estão no palco recebendo o carinho da platéia”.</p> <p>“Os usuários têm orgulho de cantar fora do CAIS e mostrar suas capacidades, suas possibilidades, que são mais do que as suas doenças”.</p> <p>“Atualmente muitos usuários que participaram do coral moram na cidade”.</p> <p>“Melhora a comunicação do usuário, porque nas apresentações eles acabavam tendo que se comunicar com as pessoas que iam ouvi-los e sempre se aproximavam no final para cumprimentá-los”.</p> <p>“O grupo criou vínculos com pessoas fora do CAIS”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Estes comentários indicam como é percebida a contribuição do referido grupo à reintegração social dos sujeitos participantes. Isto porque os contatos sociais são feitos de maneira saudável, sem se centrarem nas patologias, possibilitando que a comunidade enxergue o participante do grupo sem tantos estigmas, sem tantos medos, o que ajuda, inclusive, na “re-significação” de concepções sobre a loucura.

Os participantes do “Sabiá na Laranjeira” sentiam-se valorizados e podiam, efetivamente, encontrar novos vetores de reconstrução de suas histórias de vida.

Tabela 7: Avaliação do papel da comunicação e da linguagem na reabilitação da clientela atendida no CAIS-SR

<i>Categoria: avaliação do papel da comunicação e da linguagem na reabilitação da clientela atendida no CAIS-SR</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
<p>Todos os entrevistados relataram considerar a comunicação e a linguagem relevantes para a reabilitação da clientela atendida no CAIS-SR</p>	24	<p>“A comunicação e a linguagem, oral ou não, é o que integra o indivíduo”.</p> <p>“A comunicação é uma ferramenta que auxilia o trabalho e melhora a qualidade de vida do morador”.</p> <p>“Nossa sociedade se comunica falando e muitas pessoas não têm paciência, nem tolerância para pessoas com dificuldades para falar”.</p> <p>“Quanto mais possibilidades o indivíduo tiver de se comunicar (gestos, oral, escrita), melhor a qualidade de vida dele”.</p> <p>“Quanto mais a pessoa conseguir expressar sentimentos e vontades, maior a interação dela com a sociedade”.</p> <p>“Sem a comunicação o sujeito vai se fechando dentro de si”.</p> <p>“São muitos anos de perdas e muitos precisam reaprender a falar; isto afasta as pessoas”.</p> <p>“Conseguir ouvir as pessoas, não só com o ouvido, mas de várias formas, é poder dar voz a esses sujeitos, escutar o que eles têm pra dizer e as histórias que eles carregam; é fundamental para devolver a eles a condição de pessoa, de humano”.</p> <p>“Nós inventamos um jeito para nos comunicar com os moradores e o próprio morador nos ajuda, porque é a vida dele e ele precisa se comunicar”.</p> <p>“Sem comunicação, sem saber o que o paciente quer, a assistência fica basicamente em banho, alimentação, remédio e dormir; e acho que este não é nosso papel aqui”.</p> <p>“É difícil fazer um trabalho de reinserção quando não há comunicação, porque acabamos por fazer as coisas pelo paciente, falamos por ele, escolhemos coisas por ele, pensamos que entendemos o que ele quer. Aqui falamos muito pelos pacientes, na ânsia de fazer o melhor, atropelamos o processo do sujeito e isto precisa ser melhorado”.</p> <p>“Estes pacientes perderam a comunicação não só pela doença, mas também pela institucionalização, não sei o que veio antes ou depois, mas a questão é que eles têm um empobrecimento em sua comunicação, perderam o poder de negociação, de articulação social e isto dificulta muito seu retorno a sociedade”.</p>
<p>Entrevistados que destacaram na resposta a ligação entre a importância da comunicação e da linguagem ao trabalho do profissional fonoaudiólogo</p>	06	<p>“Esses pacientes não tinham voz, nem emitiam sons; só começamos a dar valor ao som, às palavras, quando eles começaram a ser estimulados com a chegada da fonoaudióloga”.</p> <p>“O fonoaudiólogo é um profissional que deveria ter sido incluído na equipe do CAIS desde o início da reforma”.</p> <p>“A fonoaudióloga é essencial neste serviço, não só para os pacientes como também para orientar os profissionais, para que possam compreender a forma de se comunicar dos pacientes”.</p> <p>“Trabalhei em uma unidade com um paciente que não falava; depois que ele fez terapia fonoaudiológica começou a falar; acho que nunca paramos para falar com ele”.</p> <p>“Com a participação da fonoaudióloga na equipe, passamos a perceber que muitas vezes o paciente não é capaz de falar uma palavra, uma frase, mas que muitas vezes com estímulo e espaço para ele manifestar um som, uma palavra, isso tem valor de comunicação”.</p> <p>“Eu trabalho com moradores que nem sabem, nem conseguem se comunicar direito, e também com outros que falam, mas em alguns momentos a comunicação com eles fica muito difícil e estas situações fazem com que o trabalhador, sem querer, na correria do dia-a-dia, muitas vezes, despreze o que está sendo dito por eles. Acho que o profissional fonoaudiólogo ajuda muito a mostrar isso para os profissionais”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Todos os profissionais entrevistados, ao avaliarem o papel da comunicação na reintegração do indivíduo à sociedade, referem sua importância para se alcançar este objetivo e para a qualidade do atendimento.

Muitos pacientes haviam perdido a habilidade em se comunicar, em decorrência de suas patologias e dos anos de exclusão e confinamento a que foram submetidos. A volta à sociedade, ainda que parcial, exige que possam se colocar como sujeitos, e a comunicação é o que franqueia as trocas simbólicas, o estabelecimento de vínculos, a (re)integração propriamente dita.

Aqui se impõe a questão da escuta. Escutar as maneiras de se comunicarem, e de estabelecerem laços afetivos e sociais devolve aos pacientes a possibilidade de reintegração e de atendimento a suas demandas, os distancia da condição objetificada, que por tantos anos lhes foi imposta.

Devolver a “voz” a esses sujeitos é dar a eles a oportunidade de serem ouvidos, compreendidos, e de não terem seus desejos e suas necessidades apenas supostas ou imaginadas pelo outro, pela equipe de saúde mental. O fonoaudiólogo, neste contexto, contribui com a equipe multidisciplinar, cria situações que facilitam, valorizam e estimulam estratégias dialógicas entre os pacientes e destes com a equipe.

Entrevistas com os integrantes do grupo “Sabiá na Laranjeira”

Tabela 8: Histórico do paciente no CAIS-SR

Categoria: histórico do paciente no CAIS-SR		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que moram na cidade com a família e são atendidos diariamente no CAIS-SR	02	<p>“Moro na cidade e sempre fui bem atendido; as pessoas aqui são legais; quando cheguei aqui, eu estava deprimido, tinha vergonha, agora convivo com todo mundo e melhorei muito”.</p> <p>“Moro na cidade com minha família e venho para o CAIS todos os dias; o tratamento é muito bom para mim”.</p>
Entrevistados que vieram para o CAIS-SR transferidos de outro hospital	03	<p>“Vim transferida de outro hospital, não me lembro quanto tempo estou aqui, nem porque vim para cá”.</p> <p>“Eu vim para o CAIS e foi muito bom para mim; me trataram muito bem, aqui não me falta nada, eu não tenho queixas. É um hospital maravilhoso; aqui eu tenho paz, tenho sossego; é um lugar para a gente conviver com as pessoas, fazer amigos”.</p> <p>“Eu vim de outro hospital, de Franco da Rocha; fiquei dois meses na unidade, fui morar nas casinhas e agora moro na cidade”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

Todos os participantes do grupo entrevistados relatam prazer em estar no CAIS-SR, em expressões de melhora de seu quadro de saúde, paz, sossego, convívio com pessoas e amigos.

É possível inferir desses comentários que o CAIS-SR vem conseguindo modificar o atendimento dado a esses sujeitos, consolidando assim mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, oferecendo atendimento humanizado e acolhendo as demandas apresentadas.

Tabela 9: Atividades das quais os pacientes participam no CAIS-SR

Categoria: atividades das quais os pacientes participam no CAIS-SR		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que participavam de atividades em oficinas terapêuticas	04	<p>“Eu faço tapetes”.</p> <p>“Eu trabalho na horta e depois vou para casa”.</p> <p>“Eu vou pintar”.</p> <p>“Eu trabalho na oficina de culinária”.</p>
Entrevistado que participava somente do coral	01	<p>“Eu sinto saudade é do coral”.</p>

Fonte: Almeida, 2010.

O CAIS-SR oferece várias atividades terapêuticas para os moradores da instituição e para os usuários do CAPS; mas a participação é vinculada ao desejo e a escolha pelos pacientes.

A maioria dos entrevistados relatou continuar frequentando outras atividades; apenas um dos entrevistados optou por não participar de outra atividade que não a do coral.

As atividades citadas pelos participantes são realizadas dentro do CAIS-SR, no Núcleo de Oficinas Terapêuticas (NOTT), e não possibilitam que o morador vá até a comunidade, sendo, portanto, atividades que proporcionam o convívio e o diálogo entre os participantes, mas não amplia seus horizontes de trocas afetivas e discursivas em termos de contatos sociais mais ampliados.

Tabela 10: Entrada no grupo “Sabiá na Laranjeira”

<i>Categoria: entrada no grupo “sabiá na laranjeira”</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que relataram ter entrado no grupo a convite de um profissional	03	“Eu trabalhava na oficina de tapete, me convidaram e aí eu fui”. “Quando eu comecei no CAIS, eu fui convidada; me disseram que eu iria conhecer pessoas novas e cantar, e foi assim”. “Eu estava em um grupo de aniversário e fui convidada; e neste mesmo dia fui para o coral assistir e no segundo dia já fui para cantar”.
Entrevistados que relataram como se sentiram quando participavam desse grupo	02	“No começo foi meio difícil, depois eu me acostumei, aí eu fiquei bem”. “Foi ótimo! A gente ia viajar, a gente se divertia, foi tão lindo! Hoje eu não tenho mais atividade, acabou o coral...”

Fonte: Almeida, 2010.

Observa-se, nestes comentários, a importância da equipe interdisciplinar, que encaminha e incentiva os moradores a participarem das atividades grupais. Vê-se, também, que o acolhimento ao morador, na chegada ao grupo, é decisiva para que continue na atividade.

Tabela 11: Relação entre os participantes do grupo e destes com a equipe multidisciplinar

<i>Categoria: relação entre os participantes do grupo e destes com a equipe multidisciplinar</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistado que relatou melhor entrosamento com a equipe técnica	01	“Os colegas do grupo eu achava meio estranhos; eu achava mais interessante conversar com os funcionários”.
Entrevistados que relataram bom relacionamento tanto com colegas quanto com a equipe técnica	04	“Minha relação era muito boa, os funcionários eram muito atenciosos comigo, foi muito bom. Tinha pessoas que eu gostava mais, algumas gostava menos, mas eu gosto muito de conversar com pessoas diferentes, conhecer pessoas novas”. “Eu me comportava muito bem com eles, são meus amigos...” “Para mim era uma relação muito boa, com todos; foi um momento muito bom, tenho saudades, ficou marcado no meu coração. Eu queria que o coral voltasse, tenho saudade dos meus amigos”. “Meu relacionamento tanto com os funcionários como com os participantes era bom, eram meus amigos, era normal”.

Fonte: Almeida, 2010.

Desde a revisão da literatura sobre a Reforma Psiquiátrica, reafirmamos a importância da reintegração dos indivíduos na sociedade, do resgate de suas subjetividades e de sua história de vida, bem como da busca de atividades que possam alcançar estes objetivos.

O grupo “Sabiá na Laranjeira” proporcionou aos participantes espaços de convívio social e de diálogo. Por meio de suas atividades, marcou de forma positiva a vida destes sujeitos, o que é enfatizado pelos comentários antes descritos.

Os profissionais responsáveis pela organização do grupo precisam ter conhecimento técnico que possibilite o atendimento das demandas apresentadas pelos participantes, mas também necessitam ter disponibilidade para efetivamente fazer parte do grupo e auxiliar nos processos de “re-significação” das dificuldades e maneiras de estar na vida destes sujeitos.

Tabela 12: Modificações na vida dos pacientes causadas pela participação no grupo

<i>Categoria: modificações na vida dos pacientes causadas pela participação no grupo</i>	
Representação	Todos os entrevistados relataram modificações em suas vidas causadas pela participação no grupo.
Exemplos de respostas recebidas	<p><i>“Eu fiquei diferente, eu fiquei junto com os profissionais responsáveis pelo grupo, eu cantava no coral, ia aos ensaios toda segunda-feira; quando cantávamos fora do CAIS eu sempre estava junto, era bom”.</i></p> <p><i>“Trouxe mudanças na minha vida. Antes eu era muito tímido, agora não sou mais tão tímido como era antes. Eu estou bem melhor”.</i></p> <p><i>“Minha vida mudou. Eu cantava, ia cantar em outras cidades, e eu cantava demonstrando alegria em todas as músicas. Eu sentia felicidade em cantar no coral”.</i></p> <p><i>“Trouxe muita mudança em minha vida, eu fiz muitos amigos, a gente se divertia, eu tinha amigos para conversar, tinha um ombro amigo, podia falar o que estava sentindo. Eu queria que voltasse tudo de novo. Marcou muito a minha vida, a gente era feliz”.</i></p> <p><i>“Trouxe mudanças sim, porque eu me sentia muito feliz, sentia como se eu fosse uma artista, eu cantava até no banheiro, soltei a minha voz, parece que explodiu, saiu. As pessoas elogiavam minha voz, diziam que eu tinha um vozeirão; quando eu começava a cantar uma música, todo mundo parava para elogiar; foi muito bom, foi ótimo”.</i></p>

Fonte: Almeida, 2010.

Cantar no coral “Sabíá na Laranjeira” modificou positivamente a vida dos participantes, que encontraram ali espaços de inclusão. Os sentimentos referidos pelos participantes do grupo são de alegria, de prazer, de amizade, de diversão e de valorização; sentimentos importantes para que estes sujeitos sintam-se aceitos e com possibilidades de se comunicar.

As apresentações fora do CAIS-SR permitiram aos pacientes, participantes do grupo, momentos de trocas não só entre o grupo, mas do grupo com a sociedade.

Meira *et al* (2008) afirmam, em sua pesquisa, que as práticas musicais contribuem na geração de atributos para a obtenção de uma autoestima satisfatória, despertando sentimentos de competência, confiança e de adequação à vida. As vivências musicais realizadas em grupo proporcionam também o restabelecimento do equilíbrio emocional do indivíduo, uma vez que promovem ganhos na qualidade e ritmo da voz, melhoria da força motora e aprimoramento da capacidade de concentração, possibilitando independência intelectual, além de reinserção no meio social.

Tabela 13: Noções sobre a formação (área de atuação) dos profissionais que faziam parte do grupo e sobre suas funções e atuações no Grupo

<i>Categoria: noções sobre a formação (área de atuação) dos profissionais que faziam parte do grupo e sobre suas funções e atuações no grupo</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistado que não sabia relatar nada a respeito	01	<i>“Não lembro”.</i>
Entrevistados que relataram atividades realizadas pelos profissionais no grupo, sem referência a suas profissões	02	<i>“Eram três. Um acompanhava as músicas com o violão”.</i> <i>“Eu sei que eram três pessoas, eles nos ensinavam, ensaiavam as músicas e cantavam”.</i>
Entrevistado que relatou como os profissionais acolhiam os problemas dos participantes do grupo	01	<i>“Eles se preocupavam com o problema das pessoas, eram maravilhosos, tudo o que a gente precisava, eles ajudavam; foram muito importantes para mim”.</i>
Entrevistado que citou o lugar onde os profissionais trabalhavam no CAIS-SR	01	<i>“Uma delas trabalhava nas casinhas, o outro em um hospital e uma foi embora para São Paulo”.</i>

<i>Categoria: noções sobre a formação (área de atuação) dos profissionais que faziam parte do grupo e sobre suas funções e atuações no grupo</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Entrevistados que, além de relataram as atividades dos profissionais e sem saber a área de atuação da fonoaudióloga, ressaltaram sua atuação no grupo	02	<i>“Ela nos passava as músicas”. “Ela fazia exercícios, movimentos com as mãos”. “Ela nos incentivava, ensinava quando parar, quando começar; era ótimo.”</i>

Fonte: Almeida, 2010.

Nenhum dos entrevistados soube relatar a formação dos profissionais atuantes no grupo. Isto porque as relações com os profissionais não eram marcadas por suas áreas de atuação profissional, mas por seus papéis no grupo.

Este grupo só alcançou objetivos de formação de vínculos afetivos, reintegração social, promoção de diálogo, valorização de indivíduos, entre outros, porque os profissionais responsáveis pela organização e coordenação das atividades puderam se integrar ao grupo, não deixando suas especificidades de lado, mas utilizando-as em favor da grupalidade; portanto, sem permitir que saberes técnicos e científicos ganhassem um caráter de exterioridade perante o que acontecia nas relações grupais.

Para os participantes do grupo, o mais importante era o acolhimento de suas demandas, o respeito por suas dificuldades e diferenças, o incentivo à participação, sugerindo que a inclusão, a reintegração social e o resgate da história de vida destes sujeitos passam primeiro pela mudança na lógica do atendimento e no acolhimento pelos profissionais responsáveis.

Tabela 14: Sentimentos relatados pelos pacientes sobre suas apresentações no grupo fora do CAIS-SR

<i>Categoria: sentimentos relatados pelos pacientes sobre suas apresentações no grupo fora do CAIS-SR</i>		
Tipos de Representações	Quantidade de Sujeitos	Exemplos de Respostas
Todos os entrevistados relataram sentimentos de valorização e de prazer	05	<i>“Eu me achava muito pequena; no coral eu me senti bem”. “Foi muito bom, eu me sentia muito bem, eu gostava de cantar, de me apresentar fora”. “Era muito bom”. “Eu me sentia como se eu fosse uma artista de televisão, de novela, me sentia lá em cima”. “Eu me sentia maravilhosamente bem, uma artista de primeira; eu tinha a voz muito bonita, eu gostava de cantar, soltar a voz”.</i>
Entrevistado que também relatou dificuldades no início	01	<i>“No começo eu tinha meio que vergonha, depois foi muito bom”.</i>
Entrevistados que no relato destacaram a reação da platéia	03	<i>“As pessoas batiam palmas para a gente, elas gostavam de todas as músicas que cantávamos, levantavam para nos aplaudir”. “As pessoas aplaudiam o nosso coral”. “Até autógrafa me pediram, eu era importante no coral”.</i>
Entrevistados que no relato destacaram o final do grupo	03	<i>“Hoje está se acabando: tem dia que vai uma pessoa, tem dia que vai duas... é uma pena”. “Eu sinto saudades, queria que tudo voltasse; a gente se divertia”. “Eu não sei explicar porque acabou. Eu adorava cantar, especialmente Asa Branca”.</i>

Fonte: Almeida, 2010.

O sentimento mais marcante, relatado pelos participantes do grupo entrevistados, foi o de valorização de sua produção, o que demonstra quanto os encontros, proporcionados pelo grupo “Sabíá na Laranjeira”, contribuíram para se (re)colocarem na posição de sujeito.

Observa-se, também, que nenhum dos participantes entrevistados faz menção sobre sua condição de sujeito com transtorno mental, o que remete à idéia de que, no grupo, a condição de sujeito suplantara a de doente mental.

Nestes e em outros relatos transcritos, nota-se que existe um sentimento de perda, de tristeza pelo possível fim do grupo. No entanto, os participantes viveram experiências intensas, que influenciaram suas vidas e seus processos de reabilitação, e cujas marcas continuam reverberando.

De acordo com Rangel (2006), conviver em grupo de pares ajuda, anima, socializa. Os participantes experimentam os benefícios a partir do momento em que se integram ao grupo.

No “Sabiá na Laranjeira”, as experiências foram de alegria, de fazer novas amizades, de compartilhar problemas, de solidarizar-se com as alegrias e tristezas dos outros, de se ajudarem mutuamente, de se divertirem juntos. Enfim, rede de comunicação e de sustentação subjetiva e social, que confirma o potencial desse tipo de projeto grupal, no cuidado da vida e da saúde da população atendida.

Considerações finais

O trabalho fonoaudiológico no CAIS foi matizado por vários desafios; trabalhar com tais sujeitos exigiu revisão radical de práticas e posturas clínicas, pois adentramos um ambiente com dimensões pouco ou não exploradas na formação acadêmica do fonoaudiólogo. Mesmo as técnicas mais comuns, no atendimento das especialidades fonoaudiológicas (motricidade orofacial, linguagem, voz e audição), necessitam ser adaptadas, uma vez que, entre outras peculiaridades, as doenças mentais de base não são muito familiares aos fonoaudiólogos e, muitas vezes, os pacientes não permitem uma aproximação fácil e imediata para reabilitação de eventuais transtornos fonoaudiológicos.

Foi no trabalho com a comunicação e a linguagem, não só dos sujeitos atendidos, mas também da equipe multidisciplinar, que encontramos o campo de maior potencial de atuação para o fonoaudiólogo: espaços coletivos de conversação, de escuta, de acolhimento e de trocas simbólico-afetivas.

Uma clínica fonoaudiológica, que trabalhe com transtornos mentais, precisa aceitar o desafio de construir novas maneiras de atuar com estes sujeitos, criar e adaptar técnicas, dispondo-se ao trabalho inter e multidisciplinar.

Como se viu, o grupo “Sabiá na Laranjeira” abriu espaços à criação de trocas afetivas e efetivas, um retorno produtivo à sociedade. Em outras palavras, o grupo apresentava sua produção, expressando seu direito de exigir pertencimento social como fruto do próprio trabalho e não como concessão dos círculos sociais com os quais entrava em contato.

O atendimento a pacientes com transtornos mentais é uma experiência que exige disponibilidade interna para o trabalho em equipe, respeito, gosto e tolerância pela diferença. Nesse sentido, os atendimentos específicos da área de atuação do fonoaudiólogo (motricidade orofacial, voz, audiologia e linguagem) são, talvez, do ponto de vista clínico, o mais simples (o que não significa menos importante) neste tipo de atividade.

Se for assim, o atendimento a esses pacientes pede, entre outras coisas, a criação de atividades que engendrem espaços de comunicação, de circulação discursiva, de formas de expressão, para além daquelas que lhes confere o ambiente restrito e pouco estimulante do manicômio. Dar voz a esses sujeitos, que foram calados por muito tempo, significa criar ouvidos para seus enunciados e vozes, promovendo alternativas de comunicação, de expressão, de relações com o outro, com a comunidade.

Esta é uma intervenção na qual o fonoaudiólogo tem muito a colaborar, embora não possa realizá-la sozinho, pois tal promoção e cuidado à saúde dependem de saberes em rede, que se sustentem mutuamente e incluam várias competências e habilidades profissionais das áreas da saúde, bem como saberes dos próprios pacientes e de seus familiares, principais protagonistas dos processos de recuperação e de construção de autonomia, pessoal e social.

Por fim e pelo que foi exposto até aqui, consideramos com Galli (2009, p. 106 - 107) que “o trabalho fonoaudiológico em equipes de saúde constitui-se de um compromisso com o humano, com aquilo que, simultaneamente, expõe e guarda as verdades mais profundas e secretas de sua subjetividade.”

REFERÊNCIAS

- Almeida, B. P. B. (2008). *Fonoaudiologia e Saúde Mental: experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais institucionalizados* (Dissertação Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bianco, C.R.B. (2008). A identidade profissional em saúde mental: mesa redonda. In: Encontro do CAIS-SR - Atenção Integral: Discutindo tecnologias em saúde mental, 5, 2008, Santa Rita do Passa Quatro, SP.
- Galli, D. M. (1009). *Olhar fonoaudiológico sobre as anomalias da diferenciação sexual: um estudo exploratório* (Dissertação Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Meira, E. C. et al. (2008). Tecnologia assistiva de vivências musicais na recuperação vocal de idosos portadores de Doença de Parkinson. *Rev. Bras. Geriatria: Gerontologia*, 11(3), pp. 355-411.
- Minayo, M. C. de S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. et al. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Nicácio, M. F. (1989). Da instituição negada à instituição inventada. *SaúdeLoucura*, 1, pp. 90-108.
- Rangel, M. N. (2006). Ouvindo histórias: resgate de narrativas de pacientes de longa permanência. *Rev. Mnemosine*, 2(1), pp.18-35.

SOBRE OS AUTORES

Beatriz Paiva Bueno de Almeida: Graduação em Fonoaudiologia; Especialização em Motricidade Orofacial; Mestre em Fonoaudiologia Clínica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Doutora em Fonoaudiologia Clínica na área de pesquisa Linguagem, Corpo e Psiquismo, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Editora Júnior da Revista Distúrbios da Comunicação; e Membro do Grupo de Trabalho em Saúde Mental do Comitê de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Maria Claudia Cunha: Possui graduação em Fonoaudiologia, mestrado em Fonoaudiologia e doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É professora titular do Departamento de Clínica Fonoaudiológica da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUCSP.

Luiz Augusto de Paula Souza: Possui graduação em Fonoaudiologia (1985), mestrado em Distúrbios da Comunicação (1990) e doutorado em Psicologia Clínica (1997). Professor titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

