

inter VOZ es

trabalho saúde cultura

volume 4, nº 2, novembro de 2019



Intervozes – trabalho, saúde, cultura/

FASE/ENSP/ISC

Petrópolis: FASE, 2019.

Semestral

1. Trabalho e Saúde 2. Cultura e Trabalho 3. Saúde do trabalhador 4. Saúde coletiva 5. Ciências sociais e Saúde 6. Representações Sociais e Saúde 7. Administração e Saúde 8. Gestão de pessoas

Atribuição-Sem Derivações-Sem Derivados
CC BY-NC-ND



INTERVOZES é uma publicação interdisciplinar, com periodicidade semestral, destinada à publicação de produção acadêmica e cultural, preferencialmente de trabalhos de estudantes de graduação e pós-graduação. É uma iniciativa interinstitucional, envolvendo docentes e discentes da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, do Instituto de Saúde Coletiva da UFF e da Faculdade Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis, e editada pela Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação da FMP/FASE.

Pretende contribuir para a reflexão e o debate no campo de estudos sobre trabalho, saúde e cultura, especialmente, sobre temas e questões relativos às transformações correntes no mundo do trabalho e cultura, às relações e gestão do trabalho nas organizações, às condições e qualidade de vida do trabalhador, aos problemas de saúde do trabalhador, à educação em saúde, à formação profissional, a produção de identidades e processos de subjetivação construídos no campo do trabalho e da saúde, os sentidos e representações envolvidos na produção e reprodução do trabalho, bem como aos aspectos culturais, políticos e de serviços de saúde.

INTERVOZES is an interdisciplinary publication, with an issue every biannual period, destined to the publication of academic and cultural production, preferably of works of undergraduate and graduate students. It is an interinstitutional initiative involving teachers and students from the Fiocruz National School of Public Health, the UFF Collective Health Institute and the Arthur Sá Earp Neto Faculty / Faculty of Medicine of Petrópolis, and edited by the Coordination of Research and Postgraduate FMP / FASE.

It aims to contribute to reflection and debate in the field of studies on work, health and culture, especially on themes and issues related to current transformations in the world of work and culture, to the relations and management of work in organizations, the conditions and quality of life of workers, problems on workers health, health education, professional qualification, the production of identities and processes of subjectivation in the field of labor relations and health care, the senses and representations involved in the production and reproduction of work, as well as cultural, political and health services.

INTERVOZES es una publicación interdisciplinaria, con periodicidad semestral, destinada a la publicación de producción académica y cultural, preferentemente de trabajos de estudiantes de graduación y posgrado. Es una iniciativa interinstitucional, involucrando docentes y discentes de la Escuela Nacional de Salud Pública de Fiocruz, del Instituto de Salud Colectiva de la UFF y de la Facultad Arthur Sá Earp Neto / Facultad de Medicina de Petrópolis, y editada por la Coordinación de Investigación y Postgrado FMP / FASE.

Se pretende contribuir a la reflexión y el debate en el campo de estudios sobre trabajo, salud y cultura, especialmente sobre temas y cuestiones relativas a las transformaciones corrientes en el mundo del trabajo y la cultura, a las relaciones y gestión del trabajo en las organizaciones, a las condiciones y calidad de la vida del trabajador, los problemas de salud del trabajador, la educación en salud, la formación profesional, la producción de identidades y procesos de subjetivación construídos en el campo del trabajo y de la salud, los sentidos y representaciones involucrados en la producción y reproducción del trabajo, así como a los aspectos culturales, políticos y de servicios de salud.

Editores/Editors/Editores

Maria Regina Bortolini de Castro – FMP/FASE

Marcia Guimarães de Mello Alves - UFF

Conselho Editorial/Editorial Board/Consejo Editorial

Claudia March - UFF

Gideon Borges dos Santos - FIOCRUZ

Marcia Guimarães de Mello Alves - UFF

Maria Regina Bortolini – FMP/FASE

Rodrigo Antônio Alves Lopes – FMP/FASE

Thais Vieira Esteves - FIOCRUZ

Conselho Científico/Scientific Council/Consejo Científico

Adriana de S. Thiago Papinuto - FMP/FASE

Alessandra Bitante - USCS

Alexandre Silva Bortolini de Castro – USP

Aluísio Gomes da Silva Junior - UFF

Ana Cecília Faveret – ANS

Ana Inês Simões Cardoso de Melo - UERJ

Ana Maria Auler Matheus Peres - FMP/FASE

André Laino – UFF

André Luis de Oliveira Mendonça - UERJ

Angela Maria Silva Arruda- UFRJ

Armando Cypriano Pires - UFF

Cassia Baldini Soares - USP

Celia Maria Sivalli Campos - USP

Cristina Maria R. Duarte – FIOCRUZ/FMP-FASE

Edilson Hélio Santana – CEFET/MG

Felix Júlio Rosenberg - FIOCRUZ

Gaudêncio Frigotto - UERJ

Gil Sevalho - ENSP/FIOCRUZ

Hélio Arthur Reis Irigaray – FGV/SP

Helena Maria Scherlowski Leal David – UERJ

Humberto Medrado G. Ferreira - FMP/FASE

Joel Ramos Gadelha Filho – UNESA

Joíza Andrade - UFPI

José Abdalla Helayel-Neto - CBPF

José Marçal Jackson Filho - FUNDACENTRO

Julia Barban Morelli Rosas – FMP/FASE

Julyana Gall – FMP/FASE

Katia Reis de Souza - FIOCRUZ

Lucas Bronzatto Silveira – MS

Luciana Silva Fonseca UNESA/UNIFOA/UNIFAL

Luciene Lopes Baptista - FMP/FASE

Luiz Carlos Fadel Vasconcelos – FIOCRUZ

Luiz Fernando Rangel Tura – UFRJ

Márcia de Assunção Ferreira – UFRJ

Marcia Amaral - FMP/FASE

Maria Cecília Minayo – ENSP/FIOCRUZ

Maria Cristina Chardon – UBA/UQ/Buenos Aires

Maria Ester de Freitas - FGV/SP

Maria Eunice Maciel – UFRS

Natália Elisa Duarte Leal – FMP/FASE

Paulo Henrique Almeida Rodrigues - UERJ

Pedro Demo - UNB

Renato Moller – FASE

Rosa Cristina Monteiro – UFRRJ

Sergio Lucio Garcia Ramos - FIOCRUZ

Sonia Acioli de Oliveira – UERJ

Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves - FMP/FASE

Veronica Silva Fernandez – UFF

Produção Editorial /Editorial

Production/Producción Editorial

Roberta Mattos Stumm – FMP/FASE

Revisão de Textos /Text Revision / Revisión de Textos

Cintia Machado

Marcelo Del Aguila

Desenvolvimento Web/Web Development/Desenvolvimento Web

Bryan Plum / Marcelo Prates Geraldi – FMP/FASE

Estudantes de Iniciação Científica/

Académicos de iniciación científica/

Scientific initiation students

Clara Bethencourt Nogueira (MED)

Ingryd Soares Oliveira (MED)

Rafaela Soares Coelho Silva do Amaral (MED)

Tairine Luiza Esteves da Costa Silva (MED)

Imagens/Images/Imágenes

Claudio Partes

Foto da capa:

Recriação sobre a obra A Árvore da Esperança, de Frida Kahlo, 1946, realizada pelas alunas de iniciação científica que atuam na editoração da revista.

EDITORIAL	05
ARTIGOS	
Representações Sociais Construídas Por Alunos de Odontologia a Respeito de Pacientes Especiais	06
<i>Social Representations Constructed By Dentistry Students Regarding Special Needs Patients</i>	
<i>Representaciones Sociales Construidas Por Estudiantes De Odontología Con Respecto A Pacientes Especiales</i>	
<i>Claudia de S. Thiago Ragon; Luiz Fernando Rangel Tura; Elsa Thomé de Andrade</i>	
Representações sociais do cuidado de enfermagem e suas relações com estratégias para sua aprendizagem.	24
<i>Social representations of nursing care and their relationship with learning strategies</i>	
<i>Representaciones sociales de la atención de enfermería y sus relaciones con estrategias para su aprendizaje</i>	
<i>Márcia Tereza Luz Lisboa; Natália Elisa Duarte</i>	
Condiciones de Existencia en El Cuidado de Sí: Dominacion y Orden Jurídico	36
<i>Conditions of Existence in The Self-Care: Domination and Legal Order.</i>	
<i>Condições de Existência no Cuidado de Sim: Dominação e Ordem Jurídica</i>	
<i>Roberto Raúl Montenegro</i>	
A precarização do trabalho e da vida dos profissionais de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) de Niterói	67
<i>The Precarization of Work and Life of The Health Professionals Who Act in The "Programa Saúde Na Escola" (School Health Program) (PSE) of Niterói</i>	
<i>La Precarización Del Trabajo Y De La Vida De Los Profesionales De Salud Que Trabajan En El Programa De Salud Escolar De Niterói (PSE)</i>	
<i>Ranulfo Cavalari Neto; Sônia Maria Dantas Berger</i>	
DEBATE	
Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde	90
<i>Unveiling, Recognizing, and Converging: The Challenges Of Researching The Knowledge Implied In Health Care</i>	
<i>Revelando, Reconociendo Y Convergindo: Los Desafíos De Investigar Los Conocimientos Implicados En Los Cuidados De La Salud</i>	
<i>Márcia de Assunção Ferreira</i>	
Cuidado em Saúde: É Possível Separar o Saber Científico do Saber de Senso Comum?	101
<i>Health Care: Is It Possible To Separate Scientific Knowledge From Common Sense?</i>	
<i>Atención En Salud: ¿Es Posible Separar El Conocimiento Científico Del Conocimiento Del Sentido Común?</i>	
<i>Maria de Fátima de Souza Santos</i>	
La Producción De Conocimientos Y Saberes Implicados En El Cuidado De La Salud	105
<i>The Production Of Knowledge And Wisdoms Involved In The Care Of Health</i>	
<i>A Produção De Conhecimentos E Saberes Implicados No Cuidado Da Saúde</i>	
<i>Noemí Graciela Murekian</i>	

Internación Y Cuidados. Retos Para La Investigación En Representaciones Sociales 109
Hospitalization And Care. Challenges For Research In Social Representations
Hospitalização E Cuidados. Desafios Para A Pesquisa Em Representações Sociais
María Cristina Chardon

Acerca De Saberes E Práticas E Sobre Como Contemplá-Los Nos Cuidados Em Saúde: 113
Elementos Para Instruir Debates, Pesquisas E Ações
About Knowledge And Practices And How To Contemplate Them In Health Care: Elements To
Instruct Debates, Research And Actions
Sobre El Conocimiento Y Las Prácticas Y Cómo Contemplarlos En La Atención De La Salud:
Elementos Para Instruir Debates, Investigaciones Y Acciones
Márcia de Assunção Ferreira

OUTRAS VOZES

Teatro Como Representação, Entrevista Com Karine Teles 117
Theater As Representation, Interview With Karine Teles
El Teatro Como Representación, Entrevista Con Karine Teles
Regina Bortolini; Karine Teles

RESENHA

Envelhecimento e representações sociais, organizado por Luiz Fernando Rangel Tura 121
Aging and social representations, organized by Luiz Fernando Rangel Tura
Envejecimiento y representaciones sociales, organizado por Luiz Fernando Rangel Tura
Luciene Lopes Baptista; Clara Nogueira; Ingryd Soares; Rafaela Amaral

A Revista Intervezes é resultado de um esforço de articulação entre professores e estudantes de diferentes instituições. Uma iniciativa colaborativa que agora rompe as fronteiras nacionais e se põe em diálogo com pesquisadores da Universidade Nacional de Quilmes, em Buenos Aires - Argentina, que desenvolvem estudos no campo das Representações Sociais.

A noção de Representação Social emerge a partir do confronto e distinção com outras noções e conceitos nas Ciências Sociais e na Psicologia Social, reeditando velhas polêmicas sobre a relação entre indivíduo e sociedade, teoria e práxis, reprodução e transformação. Traz à pauta a discussão sobre o lugar do sujeito coletivo e do individual, do pensamento e da ação, do desejo e da motivação, da imagem e do real e, em especial, o lugar do simbólico no processo de produção de conhecimento. As contribuições de Serge Moscovici proporcionaram o desenvolvimento de um aporte teórico e de um dos campos de pesquisa mais frutíferos na Psicologia Social. Hoje a Teoria das Representações Sociais é responsável por uma vasta gama de estudos na Europa e América Latina, onde o Brasil se destaca pelo número de pesquisadores envolvidos e estudos no campo da saúde.

Profissionais de saúde, não obstante sua formação científica, estão constantemente confrontando seus conhecimentos de formação profissional com os valores, crenças e tradições vivenciados em sua experiência pessoal e profissional. Como se dá o entrecruzamento dos saberes da ciência e daqueles socialmente partilhados no cuidado em saúde? Para responder a essa questão, Marcia de Assunção Ferreira, Maria de Fátima dos Santos, Noemi Murekian e Maria Cristina Chardon discutem os desafios da pesquisa sobre representações sociais em saúde, questionando a hegemonia dos saberes científicos e valorizando a compreensão dos saberes práticos das pessoas de modo a ampliar suas possibilidades de participação no cuidado sobre si.

Neste número, Natalia Elisa Duarte reflete sobre as implicações que as representações sociais do cuidado de enfermagem têm sobre o processo de ensino-aprendizagem no campo. Claudia de S. Thiago Ragon, Luiz Fernando Rangel Tura e Ivani Bursztyn analisam as tensões entre as crenças e experiências na clínica na construção das representações sociais sobre pacientes especiais construídas por estudantes de odontologia. Ranulfo Cavalari Neto e Sônia Maria Dantas Berger discutem a precarização do trabalho e da vida, a partir da percepção dos profissionais do setor de saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, inseridos no Programa Saúde na Escola (PSE). Em um ensaio elaborado a partir de contribuições fundantes da Teoria Social, Roberto Raul Montenegro nos apresenta com uma substantiva reflexão sobre a relevância das condições de existência na ordem jurídica e legal para exercer o cuidado de si e dos outros. E ainda, Luciene Batista, Clara Nogueira, Ingrid Soares e Rafaela Soares analisam a obra Envelhecimento e representações sociais, organizada por Luiz Fernando Rangel Tura.

Extrapolando o âmbito acadêmico na seção Outras Vozes, a atriz Karine Teles nos ajuda a compreender como o ato dramático expõe, ressignifica, dá sentido, expressa representações sobre a realidade. E a capa da revista traz obra de Frida Kahlo, artista mexicana cuja obra demonstra a força do imaginário como expressão e representação da vida!

CONSELHO EDITORIAL

Representações Sociais Construídas Por Alunos de Odontologia a Respeito de Pacientes Especiais

Social Representations Constructed By Dentistry Students Regarding Special Needs Patients

Representaciones Sociales Construidas Por Estudiantes De Odontología Con Respeto A Pacientes Especiales

Claudia de S. Thiago Ragon

UFRJ

Rio de Janeiro, RJ-Brasil

thiagoragon@hotmail.com

Luiz Fernando Rangel Tura

UFRJ

Rio de Janeiro, RJ-Brasil

luiztura@gmail.com

Elsa Thomé de Andrade

Fiocruz

Rio de Janeiro, RJ-Brasil

migmau@terra.com.br

RESUMO

Objetivou-se apreender e analisar os sentidos construídos por alunos dos 1º, 2º e 8º períodos de graduação de odontologia de uma universidade privada-RJ/BRASIL, sobre pacientes especiais (PE) através de um estudo fundamentado na abordagem estrutural representações sociais (RS). Utilizou-se um questionário com um teste de associação de palavras com o termo paciente especiais, seguido de questões abertas e fechadas, para explorar normas, valores, crenças, fontes de informação e práticas relacionadas com o objeto. Do total de 178 alunos, 107 estavam presentes no momento da coleta dos dados. Os resultados mostraram que os elementos cuidado, difícil, doença e trabalhosos compõem o núcleo central da representação dos alunos dos 1º/2º períodos, e cuidado, carinho e difícil do 8º; aids, dedicação, dor, respeito e triste, e dependência, especiais, igualdade, frágeis, necessidade, paciência, respeito, responsabilidade e sinceros compõem os sistemas periféricos do 1º/2º e do 8º período respectivamente. Observou-se a influência de crenças e significantes historicamente presentes na sociedade que influenciaram as RS construídas sobre pacientes especiais, e indícios de mudança nos alunos do 8º período, que pode estar relacionada com a experiência adquirida na Clínica de Pacientes Especiais, fazendo-os repensar atitudes e comportamentos em relação a esse grupo.

Palavras-chave: *representações sociais, pacientes especiais, graduação em odontologia*

ABSTRACT

The objective of the present study was to understand and analyze the social representations about special needs patients (SNP) held by students of 1st, 2nd and 8th periods of undergraduate program in dentistry at a private university located in the state of Rio de Janeiro/Brazil through a study based on the structural approach to social representations. A questionnaire including a test of word association containing the term "Special needs patients" was used, followed by open and closed questions to explore norms, values, beliefs, sources of information and practices related to the object. Of the total of 178 students, 107 were present at the time of data collection. The results showed that the following terms are the main elements of the social representations held by the students: care, difficult, disease, and laborious (1st/2nd periods); care, affection, and difficult (8th term). The peripheral systems included the following terms: aids, dedication, pain, respect, and sad (1st/2nd periods); dependence, special, equality, fragile, need, patience, respect, responsibility, and sincere (8th period). It was observed the influence of historical beliefs and meanings on the social representations about special needs patients. We also found evidence of change in 8th period students, which may be related to the experience they had at the Clinic Care for Special needs Patients, causing them to rethink their attitudes and behaviors towards this group of patients.

Keywords: *social representations, special needs patients, undergraduate program in dentistry*

RESUMEN

El objetivo era aprehender y analizar los significados construídos por los estudiantes del primero, segundo y octavo períodos de odontología de una universidad privada - RJ / BRASIL, sobre pacientes especiales (PE) a través de un estudio basado en el enfoque estructural de las representaciones sociales (RS) Se utilizó un cuestionario con una prueba de asociación de palabras con el término pacientes especiales, seguido de preguntas abiertas y cerradas, para explorar normas, valores, creencias, fuentes de información y prácticas relacionadas con el objeto. Del total de 178 estudiantes, 107 estaban presentes en el momento de la recopilación de datos. Los resultados mostraron que los elementos cuidado, dificultad, enfermedad y trabajoso, comprenden el núcleo central de la representación de los estudiantes del 1er / 2do período, y cuidado, cariño y difícil del 8vo; SIDA, dedicación, dolor, respeto y triste componen los sistemas periféricos del 1er / 2do período; y dependencia, especiales, igualdad, frágiles, necesidad, paciencia, respeto, responsabilidad y sinceros del 8vo período. Se observó la influencia de creencias y significantes históricamente presentes en la sociedad que influyeron en la RS construida en pacientes especiales, y la evidencia de cambio en los estudiantes del octavo período, que puede estar relacionado con la experiencia de la Clínica de pacientes con necesidades especiales, haciéndolos repensar actitudes y comportamientos hacia este grupo.

Palabra clave: *representaciones sociales, pacientes especiales, licenciatura en odontología*

INTRODUÇÃO

Na Odontologia é comum classificar-se a pessoa com alguma deficiência dentro do grupo de pacientes com necessidades especiais (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004). Esse conceito é amplo e abrange, diversos casos que requerem atenção diferenciada, impedindo o indivíduo de ser submetido a uma situação odontológica convencional (BRASIL, 2006). As dificuldades dos profissionais da área da saúde em lidar com os pacientes especiais refletem a relação da sociedade com este grupo, e são fruto do legado histórico e da falta de informação que permeiam essa relação, gerando preconceito e despreparo (CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

Visando alcançar a integralidade da atenção e considerando-se a diversidade e complexidade dessa parcela da população, é de fundamental importância a atuação de uma equipe multi e interdisciplinar, trocando e integrando saberes e experiências com o objetivo comum de promover e manter a saúde desses indivíduos. A participação da odontologia nesse contexto ainda não é muito efetiva, apesar da magnitude e extensão dos problemas apresentados e relatados na literatura disponível (CARVALHO; ARAÚJO, 2004; BARILLI et al., 2006; HAAS; MAYRINK; ALVES, 2008; GUERREIRO; GARCIA, 2009).

A partir de um amplo debate na comunidade odontológica, em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde elaborou as novas diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Um dos problemas inseridos dentro das ações complementares e imprescindíveis propostas nesse novo modelo é o atendimento a pessoas com necessidades especiais. Nesse processo de transformação da prática odontológica, surge a necessidade de capacitar equipes e profissionais visando à consolidação das mudanças. Como enfatizam os autores,

A preparação de alunos para atuar com pacientes especiais pressupõe, além de formação técnica, a sensibilização e a predisposição ao atendimento..., para isso,...considerou-se importante conhecer formas de pensar e sentir, bem como as tendências referentes à ação dos estudantes de odontologia, no que tange ao atendimento inclusivo de pacientes com deficiência (MORAES et al, 2006, p.610).

Na mesma linha, SILVA, PANHOCA e BLACHMAN (2004, p.112), complementam que “deveria ser uma preocupação das universidades da área de saúde estudar e entender mais o ser humano e a sociedade, assim como faz com doenças e procedimentos técnico-cirúrgicos”.

Por ser uma especialidade recente, poucas faculdades incluem disciplinas, ou conteúdos de atendimento a pacientes especiais na graduação de odontologia no Brasil (ANDRADE et al., 2006), o que provavelmente tem gerado atitudes negativas e profissionais pouco preparados, desinteressados e indiferentes quanto ao manejo desses indivíduos, resultando numa grande dificuldade dessa parcela da população em obter tratamento odontológico especializado e de qualidade (CRESPI e

FERGUNSON, 1987; WALDMAN, PERLMAN, SWERDLOFF, 1998; CARVALHO e ARAÚJO, 2004; GUERREIRO e GARCIA, 2009).

Além disso, fatores como falta de experiência clínica, falta de formação e de recursos técnicos adequados (FENTON, 2003; WOLFF et al., 2004; WALDMAN, 2005), estereótipos, preconceitos e crenças (KAYE et al., 2005), necessidades de tratamento subestimadas (HENNENQUIM et al., 2000), mais idade e maior tempo de atividade profissional (CASAMASSINO et al., 2004; GILL et al., 2002; TORRES, 2009), recursos técnicos inadequados, tempo maior de consulta e capacidade econômica dos pacientes (DAO et al., 2005; MERRY e EDWARDS, 2002; TORRES, 2009), falta de experiências práticas educacionais com deficientes na graduação (CASAMASSINO et al., 2004; HALBERG, STRANDMARK, LINGBERG, 2004; LENNOX, DIGGENS, UGONI, 1997; WEIL e INGLEHART, 2010), qualidade questionável da educação para tratamento de pacientes especiais (HALBERG, STRANDMARK, LINGBERG, 2004; WEIL e INGLEHART, 2010) têm sido associados na literatura a atitudes negativas e não disposição para o atendimento em relação a pessoas com necessidade especiais.

Por outro lado, a literatura aponta a influência de experiências educacionais dirigidas a pessoas com necessidades especiais nas atividades de graduação nas atitudes e comportamentos dos alunos e dos profissionais em relação à deficiência, bem como na disposição e interesse ao atendimento desses pacientes (DAO, ZWETCKENBAUM, INGLEHART, 2005; MORAES et al., 2006; SMITLEY et al., 2009; WEIL e INGLEHART, 2010).

Segundo Castan e Macedo (2009), participantes de programas de treinamento, onde há um contato por um período maior com essa população desenvolvem uma visão mais ampla sobre a deficiência, sinalizando que a informação e formação na escola e no trabalho são importantes na construção das percepções dos cirurgiões-dentistas (CD) sobre as pessoas com deficiência. Contribuindo para a compreensão dos fatores que podem afetar a formação de atitudes, Wong et al. (2004) realizaram um estudo com alunos de programas de reabilitação em quatro universidades diferentes nos EUA e constataram que as atitudes do profissional são influenciadas por fatores relacionados com a deficiência (como a visibilidade e influência das características sociais e de comportamento) e incapacidade, e fatores não-relacionados (tais como sexo, etnia e ocupação).

Nesse sentido considerar outras dimensões na formação dos CD, torna-se pertinente na análise e integração de conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde dos pacientes especiais. A partir dessas considerações e da experiência docente na disciplina de atendimento a pacientes com necessidades especiais, desenvolveu-se o seguinte questionamento: O atendimento a pessoas com necessidades especiais na graduação em odontologia pode facilitar a qualificação dos CD diante das novas demandas existentes, contribuindo

para a formação integral do profissional, influenciando o processo de inclusão social desses indivíduos?

Nessa perspectiva, numa abordagem psicossociológica, conhecer as construções de sentidos e significados a partir de uma rede de significantes que inclui atitudes, práticas, conhecimentos, crenças e valores explicitados por alunos de graduação em odontologia sobre deficiência, e a influência desses sentidos na sua formação profissional como um todo e, especialmente em relação aos pacientes especiais, tornam-se pertinentes para o aprofundamento dessas questões.

Baseado nisso, desenvolveu-se um estudo fundamentado na Teoria das representações Sociais (MOSCOVICI, 2012), objetivando apreender e analisar as representações sociais que os alunos do curso de odontologia de uma universidade privada-RJ (dos 1º e 2º períodos, antes de atuarem na clínica de pacientes especiais, e 8º período, após terem contato com esses pacientes na clínica), constroem a respeito de pacientes especiais e a partir da comparação dos resultados verificar como as representações vêm orientando as práticas e condutas dos alunos em relação aos mesmos, visando intervenções futuras. Esse estudo utilizou o conceito de deficiência estabelecido pela lei nº13,146/2015, que regulamenta no Brasil as disposições da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, e que prevê em seu artigo 2º:

Art. 2º: Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015)

TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Segundo Wagner e Heyes (2011), uma representação social não é uma descrição no sentido de uma proposição que possa ser verdadeira ou falsa. Ao contrário, pode ser entendida como uma elaboração de idéias ou fatos que possuem verdade fidedigna. Devido a seu caráter simbólico, as representações sociais se encontram entre o indivíduo e o mundo social e dotam os objetos e os fatos de um significado social único. Dessa forma, convertem fatos brutos em objetos sociais que povoam o espaço de vida dos grupos. Essas construções só devem ser consideradas representações sociais quando se tornam predominantes, mesmo que não completamente compartilhadas pelos membros de um grupo culturalmente distinto dentro da sociedade.

Objetos sociais relevantes são o foco da teoria visando o saber construído pelos grupos sociais no cotidiano, tendo como interesse o entendimento recíproco entre os sujeitos na elaboração do novo.

A percepção dos diferentes objetos implica numa trajetória cognitiva atravessada pelo psiquismo individual e social dando origem a dois processos, que mostram a interdependência entre a atividade

psicológica e as condições de seu exercício, os quais Moscovici (2012), ao propor a teoria das representações sociais (TRS), chamou de objetivação e ancoragem. Àquela dando um contexto inteligível ao objeto, associando-o a uma figura, tornando-o concreto, palpável, reproduzindo um conceito em uma imagem, e esta dando a essa figura um sentido, tornando-a familiar, através da integração a um pensamento social pré-existente. O novo se integra a um amplo domínio experiencial não arbitrário, mas que pode ser limitado pelo marco da cultura comum, e num nível mais geral através de idéias fonte, esquemas de imagens, arquétipos ou themata, base das muitas culturas (WAGNER e HEYES, 2011). Através desses dois processos o social transforma o conhecimento, informação, experiência em representação e esta transforma o social.

A complexidade dos processos de comunicação que o eu desenvolve com os outros está na base de sua identidade, dos saberes e da vida social e em particular a relação do eu com a alteridade radical pode ser alimentada tanto por energias amorosas como destrutivas, numa luta para preservar a onipotência do eu, levando a condutas e práticas diversas que vão desde tentativas de comunicação e compreensão até práticas de classificação, exclusão e até em casos extremos extermínio da perspectiva e corpo do outro (JOVCHELOVITCH, 2008).

Na construção representativa são levados em conta, crenças, questões culturais, condição social, experiências, ideologias; e as significações resultantes expressam os indivíduos ou grupos que as forjam, construindo uma visão consensual da realidade para esse grupo (MOSCOVICI, 2012; JOVCHELOVITCH, 2008). O estudo das RS permite uma visão mais geral desse sistema de operações mentais que ocorrem no pensamento social e que seguem as regras da vida cotidiana, guiando a ação na maioria das vezes, segundo expectativas de consequências previsíveis (WAGNER e HEYES, 2011).

Foi utilizada nesse trabalho a abordagem estrutural, inaugurada por Jean- Claude Abric, por se considerar a importância da organização interna das representações para se compreender sua dinâmica e por ser um instrumento importante, na busca de respostas para os processos envolvidos na mudança de atitudes, que nos interessa em particular, visando diminuir resistências por parte dos CD ao atendimento de pacientes especiais.

Nessa abordagem três idéias devem ser consideradas: as RS constituem conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados; essa estrutura específica é constituída de dois subsistemas: um central e outro periférico; o conhecimento simples do conteúdo de uma representação não é suficiente para defini-la, sendo necessário identificar os elementos centrais que a organizam e lhe dão significado (ABRIC, 2003). Essa abordagem compreende a representação como um sistema sociocognitivo que é ao mesmo tempo rígido e flexível, estável e mutável, composto em sua estrutura por elementos hierarquizados e organizados em dois sistemas complementares com diferentes funções – o sistema

central e o sistema periférico (Ibid).

O sistema periférico é mais determinado pelas características do contexto imediato, é mais flexível que o sistema central, apresentando as funções de regulação e de adaptação do sistema central à situação concreta. Tem como características, ser flexível, mutável permitindo ainda a modulação individual da representação (SÁ, 2002), por estar relacionado com a dimensão funcional, já que permite a ancoragem da representação na realidade do momento.

O sistema central é marcado pela memória social e pelo sistema de normas a que se refere, sendo ainda relativamente independente do contexto social (SÁ, 2002). Exerce a função geradora, pois a partir de seu conteúdo são criados ou transformados os significados de outros elementos, e a função organizadora, já que unifica e estabiliza a representação (ABRIC, 2003). Com isso, confere características de consensualidade, estabilidade, coerência e resistência à mudança, e conseqüentemente, continuidade à representação. Nesse sentido, Sá (2002) argumenta que as cognições centrais não podem ser dissociadas do objeto correndo-se o risco de vê-lo perder toda a sua significação. Destaca, ainda, que somente a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação, a organização desse conteúdo é essencial: duas representações idênticas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto sua centralidade seja diferente (ABRIC, 1998, p.31).

Há ainda duas dimensões que podem atravessar o sistema central: a dimensão funcional, quando os elementos estão direcionados à realização de tarefas, e a normativa, relativa às dimensões sócio afetivas, sociais ou ideológicas (SÁ, 2002). Já os elementos do sistema periférico são funcionais, no sentido de que orientam as condutas e contém supostos adicionais que sustentam o núcleo central em circunstâncias diversas e o justificam. De acordo com Sá (2002), os elementos periféricos são esquemas organizados pelo núcleo central e, que associados a ele, permitem a ancoragem da representação na realidade. Com características de orientadores de condutas, levam à tomada de posições instantâneas sem a necessidade de busca dos significados centrais. Regulando e adaptando o sistema central às especificidades das diferentes situações do cotidiano as quais os grupos são confrontados, é o sistema periférico que vai absorver primeiro novas informações ou eventos capazes de questionamentos ao núcleo central, constituindo a sua análise um elemento essencial nos estudos de processos de transformação das representações (ABRIC, 2003; SÁ, 1996).

Segundo Wagner e Heyes (2011), esse sistema de operações mentais que ocorre no pensamento social constitui um sistema operativo que envolve processos de pensamento que seguem as regras da vida cotidiana, sendo determinados por um metassistema (limites impostos pela sociedade e cultura a seus membros), que combinado ao sistema operativo estabelece um processo vertical de

acima-abaixo na cognição individual, guiando a ação na maioria das vezes, segundo expectativas de consequências previsíveis. O estudo das RS permite uma visão mais geral desses processos, identificando o seu início além da pessoa tendo suas raízes no contexto social e cultural do grupo, sendo um constructo socialmente compartilhado.

A abordagem estrutural tem se mostrado, desde a sua introdução no campo das representações sociais, bastante pertinente na análise científica das mentalidades e das práticas sociais, sendo o jogo e a interação entre sistema central e sistema periférico elementos fundamentais na atualização, evolução e transformação das representações (ABRIC, 2003).

Nessa perspectiva, a TRS pode contribuir muito para conhecer-se formas de pensar e sentir, bem como as tendências referentes à ação dos estudantes de odontologia, no que tange ao atendimento inclusivo de pacientes com deficiência.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado com alunos dos 1º, 2º e 8º períodos do curso de graduação em Odontologia de uma universidade privada do Rio de Janeiro. O critério de inclusão utilizado foi o aluno estar presente na hora da aplicação do instrumento e concordar em respondê-lo, após serem informados dos objetivos e implicações do trabalho e assinarem o consentimento livre e esclarecido. Desta forma pretendeu-se abranger dois momentos na formação desses alunos: antes e após cursarem a disciplina de pacientes com necessidades especiais no 7º período.

Num primeiro momento, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário iniciado com um teste de associação de palavras com o termo indutor "pacientes especiais" no qual se perguntava: "Quais as quatro palavras que vêm a sua cabeça ao ouvir a palavra pacientes especiais? Marque com um X as duas palavras que considere mais importantes e justifique suas respostas", seguido de questões abertas e fechadas, objetivando a identificação sócio demográfica dos sujeitos, nível de informação sobre pacientes especiais e questões visando explorar normas, valores, crenças, fontes de informação e práticas dos sujeitos em relação ao objeto em estudo.

O material do teste de evocação foi analisado segundo as dimensões individual e coletiva através da verificação das frequências - dimensão coletiva - e das ordens médias de evocação - dimensão individual -, identificando-se o conteúdo da representação social, com o auxílio do programa Evoc® 2000 (VERGÈS; SCANO; JUNIQUE, 2000).

Assim sendo, calculadas as médias das frequências e das ordens médias de evocação, estas foram lançadas em um gráfico de dispersão onde o cruzamento das respectivas linhas o dividirá em quadrantes (TURA et al., 2011).

Neste gráfico, no quadrante superior esquerdo encontram-se os elementos que provavelmente compõem o sistema central, pois são os mais prontamente evocados e os que têm maiores frequências. No quadrante inferior direito, encontram-se os com menores frequências e mais tardiamente evocados, constituindo o sistema periférico. Os outros quadrantes são compostos por elementos que mantêm uma relação próxima com o sistema central, observando-se a variação dos atributos considerados.

Uma vez identificados os elementos constituintes da estrutura representacional, é preciso que se analise como estão organizados, isto é, quais as conexões que existem, expondo o valor simbólico desses elementos, na medida em que se explicitam as relações significativas entre os conjuntos formados por eles. Essa tarefa foi realizada através da análise de similitude, empregando-se o programa Dressing® (VERGÈS e JUNIQUE, 1999), onde se desenha uma matriz de similitude, para todos os itens do corpus, chamada de árvore máxima, tendo como referências o número de co-ocorrências, as ligações específicas entre elementos e o número de sujeitos, visando conhecer os elos, relações e hierarquia entre os diversos elementos da representação (PEREIRA, 2005).

Diversas ligações se estabelecem entre os elementos da representação formando esquemas que são a base do processamento da informação. Identificados pela teoria dos grafos, podem aparecer como gráficos estelares com o elemento central ligado a pelo menos cinco outros elementos, sendo um forte indício de centralidade desse elemento, como triângulos, processados conscientemente apontando para diferentes aspectos imbricados nas cognições dos sujeitos ou com mais de três elementos na forma de círculos, processados inconscientemente, podendo indicar a importância de fatores psicossociológicos que influenciam a representação do objeto (PEREIRA, 2005).

Em seguida na direção de um alcance maior de dados na contextualização do objeto, as perguntas fechadas foram tratadas por análise de proporções e as abertas pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2003). A autora propõe três fases nesse processo analítico: pré-análise, o tratamento dos dados, inferência e síntese dos resultados.

Na pré-análise ou análise inicial, fazemos uma leitura flutuante (mecanismo exploratório) de todo o material e estabelecemos princípios de organização do mesmo, a fim de constituir-se um corpus de análise, através de uma preparação cuidadosa de designação, reunião e preparo dos dados que serão submetidos a análise. Nesse momento formulamos hipóteses, os objetivos a serem alcançados e as técnicas que serão utilizadas, destacando-se a análise categorial e análise de enunciação.

Na análise categorial foi efetuada a classificação dos dados segundo diferentes critérios e objetivos. O nível de categorização pode ser semântico procurando-se as unidades de significação de base ou temas por trás das palavras (análise temática). Utilizamos para isso três parâmetros principais: a frequência das ocorrências, a observação de co-ocorrências e a ordem de aparição das ocorrências

nas verbalizações dos sujeitos, produzindo-se algumas variáveis a serem inferidas (BARDIN, 1979).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio-RJ, protocolado sob o nº 0107.0.317.000-11, tendo sido observados os princípios estabelecidos pela legislação vigente. Em relação aos aspectos referentes a questões da ética em pesquisa este trabalho procurou contemplar as premissas da resolução 466/2012 no que tange à busca de consentimento dos sujeitos envolvidos, sendo esclarecido que sua participação não implicaria nenhuma maleficência, procedimento invasivo, nem explicitação de suas identidades ou avaliação de acerto e erro das opiniões e respostas dadas (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 178 alunos dos 1º, 2º e 8º períodos, 107 responderam ao questionário: 67 dos 1º e 2º períodos e 40 do 8º, correspondendo a 60,11% do universo considerado. Nesse conjunto, 56,01% dos 1º/2º períodos e 75% do 8º período eram do sexo feminino, sendo a média de idade para os 1º/2º períodos de 20 anos (DP=2,35) e para o 8º período de 23,7(DP=5,22).

A análise realizada para identificar os elementos constituintes da representação deste objeto, com auxílio do Evoc 2000®, permitiu encontrar para os alunos dos 1º/2º períodos a frequência média de evocações (Fm) igual a 15 e a média das ordens média (OME) igual a 2,5, e a partir desses cálculos, verificou-se que os elementos cuidado, difícil, doença e trabalhosos têm atributos de componentes do núcleo central, e aids, dedicação, dor, respeito e triste, do sistema periférico (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação do 1º e 2º períodos.

f _m	OME < 2,5			OME >= 2,5		
	Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
≥ 15	Cuidado	34	2,265	Cadeirante	11	2,091
	Difícil	23	2,478	Déficit Mental	8	1,500
	Doença	21	2,143	Down	11	2,273
	Trabalhosos	15	2,333			
< 15	Carinho	27	2,778	Aids	8	3,000
				Dedicação	7	3,143
				Dor	10	2,800
				Respeito	10	2,600
				Triste	10	3,400

Fonte: EVOC 2000

Para os alunos do 8º período a Fm foi igual a 6 e a OME igual a 2,0, verificando-se que carinho, cuidado e difícil preenchem os requisitos de elementos centrais e os elementos dependência, especiais, frágil, igualdade, necessidade, paciência, respeito, responsabilidade e sinceros, do sistema periférico (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação do 8º período.

f_m	OME < 2,0			OME >= 2,0		
	Elementos	F	OME	Elementos	f	OME
≥ 6	Carinho	18	1,944	Alegres	5	1,800
	Cuidado	21	1,810	Diferente	2	1,500
	Difícil	6	1,833	Pena	3	1,333
				Superação	2	1,500
< 6	Dedicação	6	2,333	Dependência	2	2,000
				Especiais	2	2,000
				Frágil	3	2,000
				Igualdade	2	2,000
				Necessidade	3	2,667
				Paciência	3	2,333
				Respeito	5	2,800
				Responsabilidade	5	2,600
				Sinceros	2	2,500

Fonte: EVOC 2000

Na comparação desses quadros, constata-se composições com semelhanças e diferenças em relação aos sistemas central e periférico nos grupos estudados. É comum nos dois grupos a presença de cuidado e difícil no sistema central, entretanto observa-se que no oitavo período desaparecem doença e trabalhosos, e está presente carinho. No sistema periférico, somente respeito é elemento comum aos dois grupos, mostrando um conjunto maior no oitavo período, dando indícios de ancoragens mais complexas na medida em que este grupo já fora exposto a uma experiência que propiciou maior proximidade com esses pacientes.

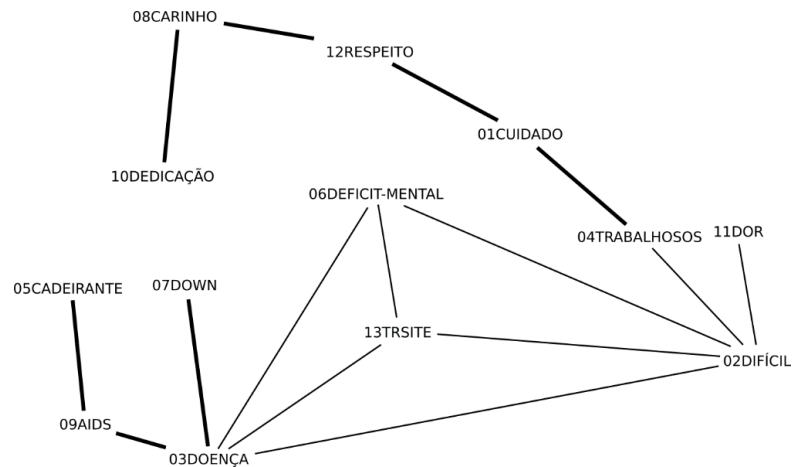
Caracterizando-se a estrutura e organização das RS construídas pelos alunos acerca do paciente especial, é interessante constatar que cuidado e difícil são elementos comuns no núcleo central de ambos. Esses dados determinam o alto poder simbólico e organizador desses elementos nas representações dos discentes, fruto de um contexto sócio histórico onde a prática do cuidado institucional a esses indivíduos considerados de difícil convivência, constituiu o primeiro paradigma formal na relação sociedade-deficiência, materializando-se nas chamadas instituições totais, onde pessoas com déficit mental ou outras deficiências eram mantidas isoladas do meio social com intuito de proteção, educação ou tratamento. Entretanto, apesar do seu fracasso pela sua ineficiência e diante do movimento que se processa em prol da inclusão dessas pessoas, ainda essas instituições povoam o imaginário social.

Os resultados apontam também para mudanças na estruturação das representações dos alunos após

o contato na clínica com pacientes especiais, o que se reflete nas suas atitudes e práticas em relação ao objeto, que a longo prazo podem contribuir para o processo de inclusão desses indivíduos.

O estudo da organização dos elementos representacionais permitiu no 1º/2º períodos, a constatação da alta conexidade dos elementos difícil e doença, ligados praticamente a todos os outros elementos, confirmando uma das características dos elementos centrais, como assinala Abric (2003), que por serem geradores de sentidos estabelecem grande número conexões com os elementos periféricos (Figura 1).

Figura 1. Análise de similitude dos 1º/2º períodos.



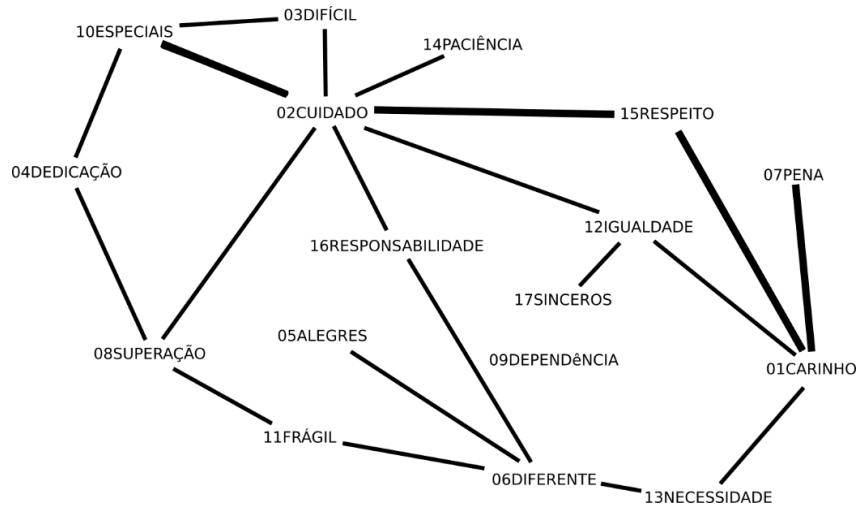
Fonte: árvore de similitude do 1º/2º períodos obtida no programa Dressing®

É interessante observar de um lado doença ligada a aids, down, déficit mental, triste e difícil, e do outro difícil articulado com doença, triste, trabalhosos, dor e déficit mental formando estruturas estelares, que encontram-se ligados pela mesma aresta de dois gráficos triangulares cujos vértices são os elementos triste e déficit mental, sugerindo uma visão estereotipada, através de ancoragens baseadas em crenças historicamente construídas a respeito das pessoas com necessidades especiais, como deficientes mentais e tristes ou em exemplos que consideram como “anomalias” ou doenças, como Síndrome de Down, cadeirantes e aids elementos encontrados no sistema periférico e periferia próxima (Quadro 1).

É interessante observar-se o conflito dos sujeitos em relação à possibilidade real como profissionais, de atendimento aos pacientes especiais constatada pela ligação do elemento difícil a dor de um lado, e trabalhosos do outro, que por sua vez está fortemente ligado a cuidado, respeito, carinho e dedicação. Tais conexões apontam para diferentes aspectos relacionados aos sentidos construídos por estes sujeitos em relação aos pacientes especiais. De um lado uma visão baseada na crença de que tratar desses indivíduos gera muita dor e dificuldade e por outro o cuidado ligado ao respeito, carinho e dedicação, elementos necessários para um bom atendimento a qualquer pessoa.

Analisando-se a estrutura do 8º período, observou-se que cuidado e difícil permanecem no núcleo central e os elementos doença e trabalhosos dão lugar a carinho. Na análise de similitude é interessante constatar a alta conexidade do elemento cuidado dando sentido e gerando conexões com praticamente todos os outros elementos (Figura 2).

Figura 2. Análise de similitude do 8º período.



Fonte: árvore de similitude do 8º período obtida no programa Dressing®

Aqui também se encontrou uma organização diferente do elemento difícil que forma agora um esquema triangular com os elementos especiais e cuidado, sugerindo uma especificidade no atendimento a uma pessoa considerada especial caracterizada pelas dificuldades relacionadas ao cuidado. Do outro lado, o elemento respeito fortemente ligado a cuidado e carinho que por sua vez articula-se a igualdade, conectado também ao elemento sinceros, sugerindo que o carinho e o respeito necessários ao cuidado dispensado a esses indivíduos por estes alunos, os fazem enxergá-los como seres iguais a todos enfatizando a sinceridade como uma característica associada à realidade de não esconderem o que são e sentem. Finalmente as conexões do elemento diferente a alegres, frágil, superação, responsabilidade e necessidade exibem ancoragens com ênfase agora em características não mais ligadas a aspectos negativos dos pacientes, numa visão ancorada na superação e alegria não mais de seres doentes, mas de seres diferentes, determinando a responsabilidade de um cuidado diferenciado adequado às suas necessidades. Esses dados apontam para a importância dessa experiência na graduação, visando a produção de práticas de saúde que incorporem a dimensão cuidadora em equilíbrio com os saberes disciplinares específicos. Na busca da integralidade do cuidado, é preciso identificar o sujeito em sua totalidade, respeitando-se sua individualidade e autonomia. Cria-se assim a oportunidade de aprendizado contínuo no trabalho centrado na prática, que segundo Merhy (2000) abre espaço para que o olhar profissional se singularize no ato de cuidar, num compromisso com a qualidade da atenção.

A análise do conteúdo das respostas para as justificativas das escolhas das palavras consideradas mais importantes corrobora esta interpretação. Os conteúdos foram agrupados em três grandes conjuntos: justificativas relacionadas aos pacientes, aos profissionais e à sociedade (Quadro 3). Nos alunos do 1º/2º períodos, 20% das justificativas relacionadas aos pacientes falam em doença, seguidas de necessidades especiais (14%), sendo mencionadas pelos sujeitos características com ênfase em aspectos negativos do paciente especial, sendo as mais citadas: difíceis, tristes, dependência, deficiência mental, defeitos físicos e diferentes (6% cada). Já nos alunos do 8º período, as justificativas relacionadas ao paciente mais citadas foram: limitações (14%) e necessidades específicas (14%), e as características mais citadas passam a enfatizar aspectos positivos do paciente: carinhosos, alegres e diferentes (11% cada) seguidas de carentes e superação (7,4% cada).

Em relação às justificativas relacionadas aos profissionais, nos alunos dos 1º/2º períodos, as mais citadas foram: devemos dar bastante carinho e amor (28%), cuidado e maior dedicação (27%) e tratar com respeito (13,5%) e os do 8º, maior atenção e cuidado (37%), seguida de respeito igual aos outros (16%), amor (11%) e mais paciência (7%). Os conteúdos evidenciam o conflito vivenciado pelos alunos dos primeiros períodos em relação ao atendimento desses pacientes, por ser um universo desconhecido, através de um discurso alusivo de carinho, amor e cuidado com foco na dedicação e respeito profissional necessários para um bom atendimento. O cuidado e atenção aparecem como elementos mais citados para os alunos do 8º período com ênfase no respeito, amor e paciência necessários a um bom atendimento a um paciente especial como a qualquer paciente.

Finalmente, é interessante ressaltar os conteúdos relacionados à sociedade, que nos 1º/2º períodos corresponderam a 80% com sentido de rejeição e que no 8º prevalece o de preconceito (33%), seguido de exclusão (22%). Esses achados corroboram a influência de crenças e significantes construídos em torno da exclusão desses indivíduos na sociedade.

Os dados sugerem uma mudança na visão a respeito dos pacientes especiais dos alunos dos primeiros períodos para os do oitavo, que pode guardar relação com a experiência a que tiveram expostos ao cursarem a disciplina de Clínica de Atendimento a Pacientes Especiais a partir do sétimo período, onde prestaram atendimento a esse grupo.

Quadro 3. Análise das justificativas das palavras principais do 1º e 2º e 8º períodos.

1º/2º Períodos		
Relação ao paciente	Relação ao profissional	Relação à sociedade
Doença, anomalia (6 /19,3%)	Dar bastante carinho e amor (11/29%)	Rejeição (4/80%)
Merecem mais atenção, cuidado especial (5/16 %)	Cuidado maior, dedicação (10 /27%)	Desrespeito (1/20%)
Necessidades especiais (4/12.9%)	Tratar com respeito (5/13%)	

Difíceis, diferentes, tristes, deficiência mental, defeitos físicos (2/6,5%)	Necessidade de preparo habilidade, dificuldades (2/5%)	
Agitados, teimosos, sofrimento, atraso (1/3, 2%)	Responsabilidade (1/5%)	
Total = 31	Total =37	Total=5
8º Período		
Relação ao paciente	Relação ao profissional	Relação à sociedade
Limitações (4/14,3%)	Maior atenção e cuidado (17/38,6%)	Preconceito (3/33,4%)
Necessidades específicas (4/14,3%)	Respeito igual aos outros (7/15,9%)	Exclusão (2/22,2%)
Carinhosos, alegres, diferentes (3/10,7%)	Amor (5/11,3%)	Dificuldade em conseguir atendimento (1/11,1%)
Carentes, superação (2/7%)	Atendimento igual aos outros, aprendido (2/4,5%)	Interpretação errada (1/11,1%)
Colaboradores, força de vontade, riqueza, lindos, disformes, dificuldade, dependentes (1/3,6%)	Ser calmo, responsabilidade, dificuldades, preparo, desafio, sensibilidade, dom, recompensador (1/ 2,3%)	Discurso inadequado (1/11,1%)
		Falta de respeito (1/11,1%)
Total= 28	Total =44	Total=9

Fonte: Justificativas do teste de evocação dos estudantes do 1º, 2º e 8º períodos

Uma reflexão sobre o preparo dos novos profissionais para a atenção odontológica no contexto da integralidade e equidade do cuidado às pessoas com necessidades especiais, que hoje é uma realidade no SUS, se faz necessária. Propiciar ao estudante a oportunidade de lidar com o universo dos chamados pacientes especiais abre espaço para se trabalhar com dimensões inexploradas nas suas atitudes e práticas em relação ao atendimento desse grupo. Isso pode levar à adoção pelos futuros profissionais de um modelo de atenção à saúde pautado no princípio da integralidade, onde a relação com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto (MACHADO et al.,2007).

CONCLUSÕES

A complexidade envolvida na decisão profissional para o atendimento odontológico a pacientes especiais nos leva a algumas considerações sobre a formação do cirurgião-dentista. Experiências educativas que propiciem uma reflexão sobre as várias dimensões envolvidas com o cuidado em saúde, podem contribuir para formar profissionais com um olhar mais atento, que permita ir além da formação técnica.

Os resultados desse estudo apontam para a importância de se conhecer os fatores psicossociológicos envolvidos nessa decisão, através de alicerces teóricos convincentes, e o papel da Universidade como

reprodutora ou não de conceitos, crenças e sentidos construídos socialmente e que se perpetuam nas inter-relações dificultando o processo de transformação do cuidado em saúde. A complexidade do cuidado aos pacientes especiais envolve além de aspectos que dizem respeito ao saber estruturado cientificamente, aspectos sociais e emocionais do universo de alunos e pacientes.

Fica explicitada nesse estudo a importância da dimensão afetiva no ato de cuidar e sua influência na mudança de percepção dos alunos, sobre o paciente especial.

Os dados levam a uma reflexão sobre a importância do contato com esse grupo de pacientes durante a graduação e seus reflexos na formação dos futuros profissionais de odontologia, como também da própria instituição de ensino.

Formar em saúde é principalmente desencadear processos reflexivos que promovam mudanças, através da problematização do cotidiano, capacitando o educando ao acolhimento e ao cuidado que contemple às “várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.3), indo além da transmissão de práticas e saberes científicos estruturados.

Segundo Flament (2001), se determinadas práticas consideradas legítimas tornarem-se frequentes e percebidas como irreversíveis pelos sujeitos, podem modificar o nível de ativação dos esquemas periféricos, com modificações progressivas das representações sem ruptura com o passado. Esse processo a longo prazo pode provocar mudanças estruturais das mentalidades.

Dessa forma, no caminho para a formação de profissionais “generalistas, humanistas, críticos e reflexivos” como recomendado nas Diretrizes Curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002, p.1), numa atuação transformadora de realidades sociais em consonância com os princípios do SUS, o atendimento a pacientes especiais na graduação configura-se uma estratégia importante para a melhoria do acesso desses indivíduos a um cuidado integral o que pode influenciar o seu processo de inclusão social.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p.27-37.

ABRIC, J.C. L'analyse structurale des représentations sociales. *In*: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. (orgs.) **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p.375-92.

ANDRADE, L.H.R.; BUNDZMAN, E.R.; ELIAS, R.A., ELIAS, C.L. Perfil do ensino sobre pacientes com necessidades especiais em faculdades de Odontologia da região sudeste. **Braz Oral Res**, v. 20, p. 27-27. 2006.

BARDIN L. L'analyse de contenu et de la forme des communications. *In*: Moscovici S, Buschini F.(orgs.) **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p. 243-70

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BARILLI, A.L.A *et al.* Periodontal Disease in Patients with Ischemic Coronary Atherosclerosis at a University Hospital. **Arq. Bras. Cardio.**, v.87, n.6, p.635-40. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 DE fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: MEC, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf> Acesso em 06.09.2019

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, 17(A). Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Casa Civil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 06 de set. 2019.

CARVALHO, E.M.C., ARAÚJO, R.P.C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq. Bras. Odontopediatria, Clin Integr.**, v. 4, n.1, p. 65-75. 2004.

CASAMASSIMO, P.; SEALE, S.; RUEHS, K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. **J. Dent. Educ.**, v.68, n.8, p. 23-8. 2004.

CASTAN, U. J.; MACEDO, M.M. K. Intervenções profissionais no contexto das deficiências, **PSICO**, v.40, n.3, p. 294-99. 2009.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-65. 2004.

CRESPI, V.P.; FERGUSON, F.S. Approaching dental care for the developmentally disabled: a guide for the dental practitioner. **The New York State Dental Journal**, v.53, n.2, p. 29-32.1987.

DAO, L.P.; ZWETCKENBAUM, S.; INGLEHART, M. R. General Dentists and Special Needs Patients: Does Dental Education Matter? **Journal of Dental Education**, v.69, n.10, p. 1107-15. 2005.

FENTON, S.J. *et al.* The american academy of developmental medicine and dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities. **J. Dent. Educ.**, v.67, n.12, p. 1337-44. 2003.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2001. p.173-86.

GILL, F.; KROESE, B.; ROSE, J. General Practitioners' Attitudes to patients who have learning disabilities. **Psychological Medicine**, n.32, p.1445-55. 2002.

GUERREIRO, P.O.; GARCAS, G.L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1939-46. 2009.

HAAS, N.A, MAYRINK, S., ALVES, M.U. Prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de transtornos mentais. **Pesq. Bras. Odontopediatria, Clin. Integr.**, v.8, n.1, p.57-61. 2008.

HALBERG, U.; STRANDMARK, M.; LINGBERG, G. Dental health professionals' treatment of children

- with disabilities: a qualitative study. **Acta Odontol Scand**, v.62, n.6, p.319-27. 2004.
- HENNENQUIN, M.; FAULKS, D.; ROUX, D. Accuracy of estimation of Dental Treatment need in special care patients, **Journal of Dentistry**, n. 28, p.131-36. 2000.
- JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura**. Vozes: Petrópolis, 2008.
- KAYE, P.L. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral health care: a qualitative e quantitative study. **British Dental Journal**, n.198, p.571-78. 2005.
- LENNOX, N.G.; DIGGENS, J.N.; UGONI, A.M. The General Practice Care of People With Intellectual Disability: Barriers and Solutions. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.41, n.5, p. 380-90. 1997.
- MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.335-42. 2007 .
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface**, n. 4, v.6, p.109-16. 2000.
- MERRY, A.; EDWARDS, D. Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Meyerside. **British Dental Journal**; v. 193, n.5, p. 253-55. 2002.
- MORAES, A.B.A *et al.* Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.3, p.607-15. 2006.
- MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P. *et al.* (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 25-60.
- SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2002. 189p.
- SMITLEY, M.G. *et al.* Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. **Rev Panam Salud Publica**, v.25, n.4, p. 322-7. 2009.
- TORRES, I.A.P.M. **Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental**. Monografia (Licenciatura em Medicina Dentária). Faculdades de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1147/2/mono_isabeltorres.pdf Acesso em 06.09.2019
- TURA, L.F.R; BURSZTYN, I; CARVALHO, D.M.; ARRUDA, A; SILVA, A.O. Representações sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.14, n.4, p.743-52. 2011.
- SILVA, O.M.P, PANHOCA L., BLACHMAN, I. T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. **Salusvita**, v.23, n.1, p.109-16. 2004.
- VERGÈS, P.; SCANO, S.; JUNIQUE, C. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations - EVOC 2000**: manuel. Aix en Provence: LAMES, 2000.
- WAGNER, W., HAYES, N. **Organizacion y estructura de las representaciones sociales**. Fátima Flores

Palácios (Ed). Anthropos Editorial: México, 2011.

WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P.; SWERDLOFF, M. What if dentist did not treat people with disabilities? **Journal of Dentistry for Children**, v. 65, n. 2, p. 96-100. 1998.

WALDMAN, H.B.; FENTON, S.J.; PERLMAN, S.P.; CINOTTI, D.A. Preparing Dental Graduates to Provide Care to Individuals with Special Needs. **Journal of Dental Education**, v.69, n.2, p.249-54. 2005.

WEIL, N.T; INGLEHART, M.R. Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism. **Journal of Dental Education**, v.74, n.12, p. 1294-1307. 2010.

WOLFF, A. *et al.* Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. **Journal of the American Dental Association**, v.135, n.5, p.353-5. 2004.

WONG, D. W. *et al.* Rehabilitation counseling students' attitudes toward people with disabilities in three social contexts: a conjoint analysis. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, v.47, n.4, p.194-204. 2004.

AGRADECIMENTOS

À equipe da disciplina de Clínica de atendimento a pacientes especiais da faculdade de Odontologia da Unigranrio-RJ, ao coordenador do Curso de Odontologia, Dr. Edson Jorge Lima Moreira e a todos os alunos que concordaram em participar dessa pesquisa.

Representações sociais do cuidado de enfermagem e suas relações com estratégias para sua aprendizagem.

Social representations of nursing care and their relationship with learning strategies

Representaciones sociales de la atención de enfermería y sus relaciones con estrategias para su aprendizaje

Natália Elisa Duarte

FMP/FASE

Petrópolis, RJ-Brasil

naty_ufrj2003@yahoo.com.br

Márcia Tereza Luz Lisboa

EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro, RJ-Brasil

marcia.eean@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Identificar as representações sociais do cuidado de enfermagem por alunos de graduação de enfermagem; descrever as estratégias de aprendizagem adotadas ou reconhecidas por eles em sua formação. Métodos: Pesquisa descritiva com referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais. Cenário: Curso de Graduação em Enfermagem. Sujeitos: vinte e oito acadêmicos. Produção de dados: entrevistas individuais, com análise temática de conteúdo. Resultados: O grupo do primeiro período relacionou sua representação ao processo de aprendizagem destacando as condições do aprendiz; o conteúdo necessário para fazer o cuidado de enfermagem; e as estratégias de aprendizagem do cuidado de enfermagem. Enquanto o último período apontou as condições do aprendiz; estratégias de aprendizagem do cuidado de enfermagem e modificações sofridas durante a graduação. Conclusão: os resultados permitiram refletir sobre as implicações que as representações sociais do cuidado de enfermagem têm sobre seu ensino.

Palavras-chave: *enfermagem, educação em enfermagem, psicologia social, cuidados de enfermagem.*

ABSTRACT

Objectives: To identify the social representations of nursing care by students of nursing graduation, to describe the learning strategies adopted or recognized by them in their learning. Methods: Descriptive research with theoretical and methodological framework of Theory of Social Representations. The setting was the Undergraduate Nursing Course, twenty-eight academics participated. Data production: individual interviews with thematic content analysis. Results: The group of the first period related its social representation to the learning process, highlighting the conditions of the learner, the content needed to make nursing care, and learning strategies of nursing care. The group of the last period pointed the conditions of the learner, learning strategies of nursing care and modifications suffered during the graduation course. Conclusion: The results allowed us to reflect on the implications that social representations of the nursing care have on their teaching

Keywords: *nursing, diploma programs, social psychology, nursing care.*

RESUMEN

Objetivos: Identificar las representaciones sociales de la atención de enfermería por alumnos de pregrado de enfermería; describir las estrategias de aprendizaje adoptadas o reconocidas por ellos en su formación. Método: Investigación descriptiva, con referencial teórico y metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales. Escenario: Curso de Pregrado en Enfermería. Sujetos: veintiocho académicos. Producción de datos: entrevistas individuales, con análisis temático de contenido. Resultados: El grupo del primer período relacionó su representación al proceso de aprendizaje destacando las condiciones del aprendiz; el contenido necesario para brindar atención en enfermería; y las estrategias de aprendizaje de la atención de enfermería. Mientras que el último período apuntó las condiciones del aprendiz; estrategias de aprendizaje de la atención de enfermería y modificaciones sufridas durante el pregrado. Conclusión: los resultados permitieron reflexionar sobre las implicaciones que las representaciones sociales de la atención de enfermería tienen sobre su enseñanza.

Descriptores: *enfermería, educación en enfermería, psicología social, atención de enfermería.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2016, ingressaram 98.617 alunos no curso de graduação em enfermagem, como pode ser verificado censo da educação superior. E os últimos dados informam que foram formados, mais de 35.000 profissionais (BRASIL, 2018).

A problemática do ensino e da prática do cuidado de enfermagem tem sido tratada, majoritariamente, a partir de elementos de avaliação e propostas sobre a forma correta de exercê-las considerando o cuidado de enfermagem como objeto de trabalho da enfermagem.

O fenômeno social em questão envolve o cuidado de enfermagem e a aprendizagem, e possui relevância social por isso é possível estudá-lo através do olhar da Teoria das Representações Sociais.

O cuidado humano se estabelece nas relações sociais, tendo como definição um ato de ter preocupação, vigilância e atenção para com o outro, portanto trata-se de um ato social que requer a presença de duas ou mais pessoas (BOFF, 2009).

No âmbito da enfermagem o cuidado toma um enfoque profissional sendo compreendido como a essência e também foco único desta profissão, pois é ele que possibilita o bem-estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte (LEOPARDI, 2006).

Conseqüentemente, o cuidado de enfermagem trata de um fenômeno relacionado às experiências de assistência, apoio e capacitação ou ações comportamentais direcionadas para ou por outro indivíduo ou grupo (LEOPARDI, 2006).

Para os acadêmicos iniciantes, o encontro com a academia é uma situação nova, onde terão contato com o saber formal e a prática profissional do cuidado de enfermagem, o que poderá gerar neles um estranhamento e a necessidade de elaborar suas representações acerca dos novos objetos. Os acadêmicos concluintes já possuem experiências de cuidado, oportunizadas pela academia, associadas ao sistema de referências, atitudes, normas e valores dos mesmos. E isto, certamente, influenciará na elaboração de suas representações sociais (RS).

Entende-se então, que o cuidado de enfermagem se conforma como objeto psicossocial, já que traz repercussões ao trabalho do enfermeiro, nos diferentes campos de atuação assim como na forma de aprender, produzindo uma prática discursiva entre esses acadêmicos, que promove a circulação de informações levando a uma maneira de pensar que justifica suas ações.

O problema delineado foi "Quais são as RS de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem e como influenciam na adoção ou no reconhecimento de estratégias de aprendizagem?". E os objetivos foram: Identificar as RS do cuidado de enfermagem por alunos de

graduação de enfermagem; descrever as estratégias de aprendizagem adotadas ou reconhecidas por estes no âmbito de sua formação. Portanto, o objeto desta pesquisa foi “as representações sociais dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem”.

REVISÃO DE LITERATURA

Na maioria das vezes, o cuidado humano faz parte do cotidiano das relações sociais e permite uma aproximação entre os indivíduos. Uma forma de cuidar se dá através do cuidado social, o qual busca um equilíbrio dinâmico em que cada pessoa se descobre como parte de um ecossistema local com dimensões de natureza e cultural (BOFF, 2009).

A interação é algo imprescindível no decorrer do cuidado que tem por objetivo zelar pela dialogação, transformando-a em um processo de libertação, sinérgico e de construção da aliança de paz e amortização (BOFF, 2009).

O mesmo ocorre no cuidado de enfermagem, que implica na interação entre os sujeitos que fazem parte da realização das ações, e ao executar o cuidado não somente se faz uma ação técnica, mas também desenvolve-se um contato humano através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala, através de uma relação sensível (FERREIRA, 2006).

Logo, ao realizar o cuidado é necessário que o enfermeiro possua fundamento teórico caracterizador do conhecimento da enfermagem, no qual a técnica e atitudes éticas, como responsabilidade e compromisso humano, interajam.

Durante o ensino do cuidado de enfermagem o acadêmico deve ter a oportunidade de presenciar e experienciar o conhecimento como um processo contínuo de aquisição de técnicas e como um processo perene de troca entre a técnica e a subjetividade, para permitir que ele seja visto em sua totalidade e promova o autoconhecimento e o conhecimento do outro através da confiança e respeito mútuos (WALDOW, 2006).

Outra estratégia de ensino que permite que a formação profissional se torne mais próxima da realidade de área de atuação é não só presenciar comportamentos de cuidado por parte da equipe de saúde e de enfermagem como o debate dessas práticas e comportamentos (WALDOW 1998).

Ao conhecer as representações sociais do cuidado de enfermagem pelos acadêmicos, pode-se identificar quais experiências, tanto da sua vida social quanto da sua vivência acadêmica, contribuíram nessa construção. E, dessa maneira, reconhecer quais são as relações estabelecidas com a forma de aprendizagem do cuidado de enfermagem. Refletir sobre o ensino de enfermagem é de validade, assim como, tratar o cuidado como uma norma ética para que seja desenvolvido em sua integralidade.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nesta pesquisa optou-se por adotar uma abordagem compreensiva qualitativa, apreendendo-se a construção do sentido dada pelos próprios atores sociais, ou seja, capturando a subjetividade desses acadêmicos que aprendem e constroem, segundo sua percepção e vivências, suas representações sobre o cuidado de enfermagem.

Esta pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa exploratória, com referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOSCOVICI, 1978).

A TRS permite reconhecer a construção dos saberes sociais, por isso capacita o conhecimento de um processo que deve ser convertido em objeto de estudo através de um procedimento de simplificação, organização e compreensão a partir da teoria (CRUZ, 2007). Nesta teoria é proposto um conhecimento no qual tanto os sujeitos quanto os objetos se constituem num processo de relação, portanto o saber é algo construído na relação com o mundo (JOVCHELOVITCH, 2001).

Conseqüentemente, as RS orientam e organizam as condutas e comunicações sociais e intervêm em processos variados, tais como difusão e assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2002).

A análise do cuidado de enfermagem, à luz da Teoria das Representações Sociais, caracterizando os conhecimentos e crenças dos grupos sociais, possibilita identificar modos compartilhados de pensar e de atuar da enfermagem.

A aprendizagem do cuidado de enfermagem é influenciada por diversos fatores e, dentre estes, consideram-se suas representações. Portanto, estudá-las pode contribuir para discussões sobre estratégias de ensino, aprendizagem, e as necessidades da profissão. Isto porque a representação social construída sobre o cuidado de enfermagem influencia a sua prática, e ainda a maneira pela qual o seu conteúdo é ministrado em sala de aula e aprendido pelos acadêmicos.

O cenário foi um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Federal. Quanto aos sujeitos foram 28 acadêmicos, sendo 14 iniciantes e 14 concluintes e precisavam ser acadêmicos de enfermagem; estar cursando os dois primeiros e os dois últimos meses do curso de graduação; aceitar participar da pesquisa.

Como critério de exclusão serem técnicos ou auxiliares de enfermagem, pois possuíam vivências profissionais, para além das oriundas dos cenários de aprendizagem do curso de graduação, que poderiam influenciar a construção da sua representação social.

A produção de dados foi através de entrevistas individuais, com roteiro de questões

semiestruturadas, registradas digitalmente em formato mp3 e transcritas integralmente. A produção de dados junto aos acadêmicos iniciantes ocorreu nos dois primeiros meses do curso, em agosto e setembro de 2009, e dos concluintes ocorreu nos dois últimos meses do curso, em novembro e dezembro de 2009.

O roteiro da entrevista incluía uma série de questões abrangendo o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem, suas qualidades, a forma de realizá-lo e a forma de aprendê-lo.

A análise foi a de conteúdo temático; inicialmente os dados de cada grupo de acadêmicos foram separados em corpus distintos e posteriormente foi estabelecida uma comparação entre dois grupos para que se pudesse explorar estágios distintos de aprendizagem do cuidado: um inicial e outro terminal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, protocolo nº33/2009, e os acadêmicos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

GRUPO DE ACADÊMICOS DO PRIMEIRO PERÍODO

Este grupo de acadêmicos tinha o seguinte perfil estatístico: 92,9% sexo feminino, faixa etária média 19-20 anos, 85,7% de estado civil solteiro, 50% Católica, 57% possui parentes no serviço de enfermagem e 64,3% já sofreu internação anterior.

No conteúdo das RS dos acadêmicos do primeiro período sobre o cuidado de enfermagem encontram-se elementos que remetem às obrigações do profissional, sendo essas ações técnicas e científicas que buscam a melhoria do paciente e que são exercidas numa relação afetiva para com ele.

Os acadêmicos quando questionados sobre o aprendizado do cuidado de enfermagem descreveram os seguintes aspectos referentes a esse processo: condições do aprendiz; conteúdos formais necessários à aprendizagem do cuidado de enfermagem; e as estratégias de aprendizagem do cuidado de enfermagem.

Quanto às condições do aprendiz eles apontaram as características pessoais que este candidato a enfermeiro deve possuir, identificando a necessidade do sujeito que aprenderá o cuidado de enfermagem possuir características afetivas para poder assim desenvolver a prática de enfermagem. O processo de aprendizagem dependerá assim de uma atitude do aprendiz, que se colocar à disposição e ter a intencionalidade de aprender para realizar algo em benefício do outro.

No processo de construção da representação social acontece à apropriação do novo permitindo que o sujeito interprete a realidade, e assim o real assume uma conotação que guia sua compreensão e ação (CRUZ, 2006). Portanto, esses acadêmicos ao terem contato com o cuidado de enfermagem (cuidado profissional), passam pelo processo de apropriação do conhecimento novo, amparando-se em conhecimentos pré-existentes, o que, no caso, seria o cuidado humano (leigo, cotidiano).

Outra característica observada nos discursos relaciona-se ao conteúdo necessário para realizar o cuidado de enfermagem, que de acordo com as diretrizes curriculares do ensino de graduação de Enfermagem de 2001 deve permitir que o enfermeiro possua competências técnico-científicas, ético – políticas, sócio- educativas e ainda perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo (BRASIL, 2001).

Os acadêmicos apontam que é necessário aprender tanto as técnicas e procedimentos, quanto os aspectos relacionados à psicologia humana e às relações estabelecidas.

[Aprende] todos os procedimentos, todas as atividades, [...] a gente também estuda em psicologia, saber lidar com o emocional, com o psicológico, tanto seu quanto da pessoa quanto os que estão a redor, a família. (E5)

Já quanto às estratégias de ensino, a única maneira reconhecida pelos acadêmicos pela qual se aprende todas as competências e habilidades exigidas é a prática, isto é, só se aprende a cuidar cuidando ou observando o cuidado sendo realizado e refletindo sobre ele. De acordo com Waldow (1999) o curso de graduação para tornar a aprendizagem mais concreta tem que ofertar possibilidades de os acadêmicos experienciarem e debaterem comportamentos de cuidado.

[Aprende a cuidar] eu acho que observando. Se você tem vontade realmente de prestar o cuidado de enfermagem, você vai aprender. (E1)

Assim, de acordo com o pensamento circulante nesse grupo de alunos, para que o profissional enfermeiro realize o cuidado de enfermagem, é importante aprender as obrigações da profissão e a forma de executá-las. Desse modo, a necessidade de aprender vem da necessidade de realizar o cuidado de enfermagem para obter a melhora para o paciente.

O que eu estou falando tem que colocar em prática o que eu aprender e fazer o melhor pra cuidar do paciente. (E1)

É dar atenção, fazer tudo aquilo que você aprendeu, eu acho que é você respeitar o paciente, você tem que levar a faculdade a sério para ser um bom enfermeiro, acho que é isso mesmo. (E6)

Esse grupo, por ser iniciantes no curso, não consideram o espaço da universidade como espaço de construção do conhecimento, e não atribuem a prática docente responsabilidade no processo de aprendizagem.

GRUPO DE ACADÊMICOS DO ÚLTIMO PERÍODO

O perfil deste grupo de acadêmicos era: sexo feminino, faixa etária média 23-24 anos, 92,9% estado civil solteira, 42,8% católica, 64,3% possui parentes no serviço de enfermagem e 57% já sofreu internação anterior.

Os resultados obtidos demonstram que nos conteúdos das RS dos acadêmicos do último período sobre o cuidado de enfermagem constam elementos que remetem à realização de ações que visam à satisfação das necessidades e desejos do outro, utilizando os conhecimentos científicos peculiares desta profissão. Por isso, o cuidado de enfermagem para esse grupo de acadêmicos se dá na associação dos aspectos afetivo-expressivos com os aspectos técnico-científicos.

Tendo como base esta representação foi possível identificar sua relação com a aprendizagem através dos seguintes aspectos: condições do aprendiz; conteúdo necessário para fazer o cuidado de enfermagem; estratégias de aprendizagem do cuidado de enfermagem e modificações sofridas durante a graduação.

A respeito das condições do aprendiz os acadêmicos apontam a necessidade de um perfil acadêmico para aprender a executar o cuidado de enfermagem, sendo características desse perfil: saber respeitar o próximo, estar disponível para aprender, ter vontade de cuidar, ter experienciado o cuidado na vida pessoal, ser dedicado e gostar de lidar com pessoas.

[Só aprende a cuidar] *Quando você tá disponível, [...], você tem que tá aberto pra aquilo e aí você aprende a cuidar (E16)*

[Para aprender tem que ter] *o perfil, não adianta você ter quatro anos de faculdade, aprender o básico porque a faculdade não dá mais do que o básico, você aprende é com a vida mesmo. [...] É gostar de gente, é querer tá ali com a pessoa. (E26)*

As representações sociais servem como categorias, permitindo classificar as circunstâncias, fenômenos e pessoas, possibilitando definir status (JODELET, 2002). Logo, as RS facilitam a classificar e ordenar as coisas definindo, por isso, as prioridades e ações. Assim entende-se que os acadêmicos estabelecem a prioridade do processo de aprendizagem associado ao estabelecimento da interação com o sujeito, aos aspectos afetivos combinados aos aspectos éticos relacionados às atividades do enfermeiro.

A respeito do conteúdo necessário ao aprendizado do cuidado de enfermagem esses acadêmicos, por representarem o cuidado de enfermagem como uma ação que conjuga aspectos afetivo-expressivos e aspectos técnico-científicos, percebem a necessidade de se aprender todos os conhecimentos adquiridos durante o curso a fim de instrumentalizar os enfermeiros nas suas atividades.

Na faculdade, você vê as técnicas, a maneira certa de fazer, e de não fazer e o que a faculdade faz e que eu acho que acrescenta muito é que fazer com que você reflita sobre as reações da pessoa, sobre como pode ser feito aquele cuidado, eu acho que isso acrescenta. (E15)

Quanto às estratégias de aprendizagem os acadêmicos apontam que devem estar conjugadas estratégias teóricas e práticas, sem deixar de lado a observação da ação do profissional habilitado.

[Se aprende a cuidar] Além do conhecimento científico, você observar aquele que já está fazendo há mais tempo, é claro você tem que fazer também, você tem que ter a prática. (E21)

[Se aprende a cuidar] Estudando, lendo, estudando, conhecendo bem o que você tá fazendo, assim a gente pode cuidar bem. E a experiência também, no dia a dia você vai aprendendo, vai tendo mais habilidade e isso melhora o seu cuidado. (E24)

[Se aprende a cuidar] Estudando a teoria, mas se aprende principalmente na prática acompanhada de um profissional que tenha essa teoria bem articulada com a prática. (E27)

E ainda, os acadêmicos apontam as modificações das formas de compreender o cuidado de enfermagem e a própria profissão, que sofreram ao longo do curso em decorrência de experiências que tiveram sobre o cuidado de enfermagem, as quais permitiram observar a execução do cuidado de enfermagem, experienciar a execução desta prática, e, com isso, puderam refletir sobre ela. Tais experiências e reflexões foram fundamentais para sua aprendizagem.

Porque antes de entrar para a faculdade eu tinha o conceito assim de cuidar é você abraçar, você fazer um carinho coisa assim, e durante a faculdade eu vi que não é só isso, é você saber escutar, é você prestar uma assistência qualificada, fazer o máximo de si para chegar a um objetivo comum seu e do paciente o paciente. (E19)

APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS

Foi possível estabelecer aproximações e distanciamentos entre os dois grupos de acadêmicos. As condições do aprendiz foram abordadas pelos dois grupos, identificando que tratam dos aspectos afetivos do cuidado e o colocam como uma característica necessária ao mesmo, assim como a vivência do cuidado e a disponibilidade para o aprendizado.

Logo, os acadêmicos determinam que o sujeito tenha que ter algo que o torne capaz de cuidar para que, junto à academia, desenvolva a habilidade de cuidar como enfermeiro. Consequentemente, pode-se afirmar que os acadêmicos de enfermagem não colocaram o cuidado humano como algo inerente ao ser humano, mas peculiar às características pessoais, podendo ou não estar presente. E reconhecem como cuidado de enfermagem a conjugação deste cuidado humano com as técnicas e procedimentos de enfermagem, as quais afirmaram serem possíveis de ser ensinadas, colocando o cuidado profissional não só como fruto do aprendizado formal, mas também da vivência do cuidado humano.

O grupo do último período tem uma abordagem ética do cuidado embutida nas suas falas ao se referir ao respeito ao próximo e a necessidade de gostar de lidar com pessoa. E isto se justifica na necessidade de resgate do verdadeiro sentido da enfermagem: o respeito à vida do ser humano, conseqüentemente, os egressos devem ter senso crítico para tomarem decisões éticas e morais (FERREIRA, 2006).

Os sujeitos compreendem e interpretam de formas diferentes as situações e objetos com os quais se deparam no cotidiano (JODELET, 2002). Conseqüentemente, não se comportarão de forma idêntica diante do fenômeno, já que suas representações são diferentes. Pode-se, então, compreender o motivo pelo qual os aspectos apontados pelos grupos de acadêmicos se distinguem.

Essas representações do cuidado de enfermagem trarão implicações para o ensino e a prática da profissão, já que o ensino do cuidado de enfermagem só será reconhecido como necessário se articulado com os elementos que constituem esse pensamento sobre o objeto de trabalho da enfermagem.

A respeito do conteúdo a ser administrado, os iniciantes descrevem-no relacionados às obrigações do enfermeiro de cunho técnico e à relação estabelecida no momento do cuidado, e os acadêmicos do último período associam a isso outros conteúdos da prática do enfermeiro, conteúdos éticos e administrativos, indo ao encontro do que se estabelece nas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001).

O curso de graduação, para tornar a aprendizagem mais concreta, tem que ofertar possibilidades de os acadêmicos experienciar e debaterem comportamentos de cuidado (WALDOW, 1999). Porém, pode-se observar que os acadêmicos do primeiro período associam o aprendizado à prática direta ou indireta (observação) do cuidado e não reconhecem a parte teórica oferecida pela academia como fonte de aprendizado.

Enquanto os acadêmicos do último período colocam o espaço da faculdade como um lugar de aprendizado do cuidado de enfermagem, seja por possibilitar uma diversidade de atividades, seja por suas estratégias de ensino teóricas (aulas, leituras, pesquisas) e práticas, seja por ensino através do exemplo (positivo ou negativo). Cabe destacar que o ensino através do exemplo é um princípio pedagógico nightingaleano.

Outro dado importante a ser considerado é que os acadêmicos iniciantes no curso de graduação não mencionaram o espaço da universidade como um espaço de produção do conhecimento, assim como também não mencionaram a prática docente no processo de aprendizagem do cuidado de enfermagem, o que pode ser identificado como um não reconhecimento da universidade como a principal fonte de saber. Mesmo assim, é relevante considerar que o papel do professor neste contexto é fundamental, pois é necessário que o docente seja capaz de dialogar com seus pares e

com a realidade, que seja capaz de experimentar novas oportunidades, de agir de forma diferente, de estabelecer relações horizontais sem autoritarismo, mas com autoridade para assim corresponder às novas necessidades na formação de enfermeiros (RODRIGUES, 2007).

Durante o processo de aprendizagem é necessário que os docentes, junto aos alunos, identifiquem o cuidado de enfermagem como um valor, explorando seus significados, propiciem um ambiente de cuidado, aceitem mudanças, disponham-se a aprender com os alunos, para que, na troca de experiências, possam tornar-se profissionais do cuidado conscientes, criativos e sensíveis (BIASI, 2008).

O pensamento construído sobre um determinado fenômeno de representação social irá conduzir condutas do sujeito na relação com este, disseminando assim práticas comunicativas e servindo de explicação para os comportamentos adotados pelos sujeitos do grupo social (CRUZ, 2006). Conseqüentemente compreende-se que, ao partilharem espaços de cuidado, os acadêmicos de enfermagem tenham suas representações reformuladas, o que influencia seus novos comportamentos frente ao cuidado de enfermagem.

Portanto, as experiências de ensino-aprendizagem possibilitaram refletir sobre o cuidado de enfermagem, praticá-lo, observá-lo e tomar contato com uma diversidade de situações nas quais se relacionaram com pessoas diferentes influenciando a construção da sua RS sobre o cuidado de enfermagem, e, conseqüentemente, nas suas ações de cuidado.

Considerando a necessidade do desenvolvimento da competência de cuidar, o processo de aprendizagem deve considerar as três dimensões: Knowledge, Know-How and Attitudes (conhecimento, habilidade e atitude) (DURAND, 1999). Assim sendo, o processo de formação deve estar baseado no saber (conhecimentos adquiridos), no fazer (desenvolvimento da habilidade técnica) e no campo atitudinal (incluindo aqui a ética do cuidado de enfermagem).

Cabe destacar que competência profissional é definida como uma mobilização, de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva, de uma série de saberes de caracteres diferenciados que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas, de forma a gerar conseqüências individualmente ou coletivamente valorizados (PAIVA, 2008). Portanto, a competência profissional abrange experiências, atitudes e valores pessoais usados de maneira adequada em resposta às situações da prática profissional (CAMELO, 2013).

Diante dos resultados, é possível verificar que os acadêmicos reconhecem que o conhecimento acadêmico para cuidar é necessário, da mesma forma que a prática profissional (seja simulada, seja no ambiente do cuidado, na observação ou na prática direta), e o cuidado humano e ético no campo das atitudes para o cuidar.

Pensando esse contexto pode-se afirmar que um dos desafios do processo de ensino-aprendizagem na enfermagem é formação “profissionais competentes e comprometidos com a sociedade e com os respectivos problemas de saúde, buscando a articulação da teoria e da prática, numa visão crítica acerca da realidade, integrando os diversos aspectos dos problemas de saúde, considerando a complexidade do indivíduo, o contexto em que vive e trabalha” (TRONCHIN, 2008, p. 357)

CONCLUSÃO

A partir da reflexão sobre os dados levantados, sugere-se que as práticas educativas que visam à formação do enfermeiro, particularmente aquelas que objetivam o aprendizado do cuidado de enfermagem, devem considerar a diversidade de representações do grupo social ao qual se dedica, tendo em conta os sujeitos que participam do processo – professor e aluno - diferenciando-se da tradicional educação bancária.

E desta forma, as práticas educativas devem reduzir a distância entre práticas, representações e conhecimento científico disponíveis, isto é, que as metodologias de ensino busquem aliar a prática não só com a teoria, mas também com as representações construídas pelos envolvidos no processo.

O docente de enfermagem, ao planejar e programar atividades educativas teóricas, práticas ou teórico-práticas, deve estar disposto ao diálogo e necessita também estar sensível às peculiaridades do grupo, para que os conteúdos abordados trabalhem elementos que atendam às expectativas dos próprios acadêmicos, e que, da mesma forma, correspondam à necessidade da própria profissão, no que tange ao cuidado de enfermagem.

As peculiaridades do grupo devem diferir entre os diferentes estágios do nível acadêmico, permitindo não só a discussão dos níveis de atenção do cuidado de enfermagem como sua aplicação junto à clientela, além dos conteúdos e das necessidades psicossociais prioritários para a construção da representação social do cuidado de enfermagem.

Desta forma, os construtos epistemológicos profissionais e sua articulação com a prática do cuidado de enfermagem devem ser abordados ao longo da formação profissional, para construção de um enfermeiro que possua as competências e habilidades necessárias ao cuidado.

REFERENCIAS

BIASI, LS; Pedro EN. Vivências de Aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v. 43, n.3, p. 506- 511, out 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar** – Ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3 de 9 de novembro de 2001.** Diário Oficial da União, 9 Nov 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Educação - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio

Teixeira. **Resumo técnico: Censo da Educação Superior 2016**. Brasília (DF): 2018.

CRUZ, FML. Representações Sociais, Identidade e Exclusão: o fracasso escolar em matemática. In: Almeida AMO, Santos MFS, Diniz GRS, Trindade ZA. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora UNB, 2006.

CRUZ, RC. **Representações Sociais da velhice por familiares de idosos hospitalizados**: implicações para a enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DURAND, T. L'Alchimie de la compétence. **Revue Française de Gestion**, 1999.

FERREIRA, MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n.3, p. 327-330, jun 2006.

FERREIRA, HM; Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n.3, p. 328-31, 2006.

JODELET, D. Representações Sociais: Um Domínio em Expansão. In: JODELET, D. (org). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002. p. 17-44.

JOVCHELOVITCH, S. Representações Sociais: saberes sociais e polifasia cognitiva. In: **Cultura e Pesquisa**. Edu.Cadernos, caderno n.02, Blumenau: FURB/PPGE, 2001.

LEOPARDI, T. **Teoria e método em assistência de Enfermagem**. 2ed. Ver.ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso: fevereiro, 2010.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PAIVA, KCM, MELO COM. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. **RAC**, v.12, n.2, p.339-68, jan-fev 2008.

RODRIGUES, Juliana; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MANTOVANI, Maria de Fátima. **Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 313-317, 2007.

TRONCHIN, D.M.R.; GONÇALVES, V.L.M.; LEITE, M.M.J.; MELLEIRO, M.M. Instrumento de avaliação do aluno com base nas competências gerenciais do enfermeiro. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.2, p.356-60, abr/jun, 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidar** – Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALDOW, V.R. **Examinando o conhecimento na enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano** – O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra- Luzzato, 1999.

Condiciones de Existencia en El Cuidado de Sí: Dominación y Orden Jurídico

Conditions of Existence in The Self-Care: Domination and Legal Order.

Condições de Existência no Cuidado de Sim: Dominação e Ordem Jurídica.

Roberto Raúl Montenegro

UNQ

Buenos Aires, BA-Argentina

rmontenegro@unq.edu.ar

RESUMO

Este trabajo enfatiza la relevancia de las condiciones de existencia en el orden jurídico y legal para ejercer el cuidado de uno mismo y de los demás. Proponemos una exploración sobre las condiciones de posibilidad para que individuos socialmente competentes lleven a cabo las prácticas de Cuidado, en particular, aquellas que hacen posible el ejercicio del autogobierno, ya que a través de estas prácticas de orden ético, los individuos se instituyen como sujetos morales. Las condiciones sociales e institucionales que se despliegan en el campo social implican un orden de dominación social en el que se dan las condiciones de existencia para el ejercicio del cuidado en instituciones de salud, educación, comunidad y servicios, así como en las diversas agencias que conforman. El orden de dominación legítima de la sociedad actual. Dado que la estructuración constante de estos espacios se basa en lo histórico-social, la presencia de directrices heredadas y los mandatos del derecho racional se presentan de inmediato como objetos de investigación. En este sentido, este trabajo expone algunos vínculos entre las fuerzas del orden social y el dominio jurídico que se articulan en el tejido social y en los puntos singulares de la estructuración institucional.

Palabras clave: *dominación social; condiciones de existencia; gubernamentalidad, orden jurídico; cuidado de sí.*

ABSTRACT

This work emphasizes the relevance of the conditions of existence in the juridical and legal order to exercise the care of oneself and others. We propose an exploration on the conditions of possibility for socially competent individuals to carry out the practices of Care, in particular, those that make possible the exercise of self-government, since through these practices of ethical order, individuals are instituted as moral subjects. The social and institutional conditions that are deployed in the social field imply an order of social domination in which the conditions of existence for the exercise of care occur in health, education, community and service institutions, as well as in the various agencies that make up the order of legitimate domination of today's society. Since the constant structuring of these spaces is based on the social-historical, the presence of legacy guidelines and the mandates of rational right are immediately presented as objects for inquiry. In this sense, this work exposes some links between forces of social order and the juridical domain that are articulated in the social fabric and in the singular points of institutional structuring.

Keywords: *social domination; conditions of existence; governance, legal order; self-care.*

RESUMEN

Este trabalho enfatiza a relevância das condições de existência na ordem jurídica e legal para exercer o cuidado de si e dos outros. Propomos uma exploração das condições de possibilidade para indivíduos socialmente competentes realizarem as práticas de cuidado, em particular aquelas que possibilitam o exercício do autogoverno, uma vez que, por meio dessas práticas éticas, os indivíduos são instituídos como sujeitos morais. As condições sociais e institucionais implantadas no campo social implicam uma ordem de dominação social na qual são dadas as condições de existência para o exercício do cuidado nas instituições de saúde, educação, comunidade e serviços, bem como nas diversas agências que compõem. A ordem de domínio legítimo da sociedade de hoje. Dado que a constante estruturação desses espaços se baseia no histórico-social, a presença de diretrizes herdadas e os mandatos do direito racional são imediatamente apresentados como objetos de investigação. Nesse sentido, este trabalho expõe alguns elos entre as forças da ordem social e o domínio jurídico articuladas no tecido social e nos pontos singulares da estruturação institucional.

Palavras-chave: *dominação social; condições de existência; governamentalidade; ordem jurídica; cuidado de si.*

PRESENTACIÓN

En este escrito proponemos un conjunto de conexiones de sentido en torno a la dimensión jurídica de los contextos de acción en los que investigamos sobre condiciones y experiencias del Cuidado. En ellos indagamos respecto a sus condiciones y prácticas, como ha quedado expresado en nuestro programa de investigación*. Al describir los marcos institucionales correspondientes a cada uno de los proyectos que lo componen operamos en contextos etnográficos que constituyen ámbitos institucionales singulares –familia, salud, educación, espacios de producción, de administración, o de servicios. De modo que nos orientamos a realizar puntuaciones en esa trama simbólica. Entendemos por “puntuación” a la realización de operaciones de distinción sobre distinciones previamente efectuadas (BATESON, 1985; VON FOESTER, 1990; KEENY, 1987).

En el caso que nos ocupa indexaremos marcas, inscripciones y materialidades significantes que expresan el orden jurídico. Nos interesa centralmente subrayar que este orden es constitutivo de los contextos de acción, productos de esa “compulsión antropológica al orden” citada por Habermas y expresada en aquella locución que llega desde la antigüedad latina: “donde hay sociedad, hay derecho” (*ubi societas, ibi ius*). Aún cuando lo jurídico, como veremos, no se agota en el dominio estrictamente normativo, como lo sugiere la acepción más usual de *ius*.

Dado que los vocablos “*ius*” y “Derecho” han sido examinados detalladamente desde el punto de vista etimológico y jurídico, en este escrito tomamos sólo una, entre las distintas acepciones, aquella que remite a *ius* como conjunto de normas que conforman el corpus del Derecho positivo. En consecuencia consideramos pertinente el agenciamiento de significaciones del entramado semántico que se configura en torno a los aportes sociológicos en el campo jurídico.

Los objetivos planteados en los proyectos de investigación que nos sirven de referencia y que componen el Programa de investigación ya mencionado, buscan indagar las características y la constitución del cuidado en los espacios institucionales contemporáneos. En ese marco el presente trabajo propone una exploración sobre las condiciones de posibilidad para la realización de las prácticas del gobierno de sí, para el ejercicio de las “Tecnologías del Yo” (FOUCAULT, 2009) mediante las que los individuos operan éticamente instituyéndose como sujetos morales.

Nos interesa tomar en consideración las “condiciones de existencia”, en sentido próximo al que le ha dado Michel Foucault, conceptualizándolas como trama de prácticas, líneas de fuerza, tecnologías de gobierno, instituciones, relaciones de poder, etc., que operan como condición de posibilidad para estatuir dispositivos institucionales. La realización de esas prácticas implica la existencia de un orden de dominación social, cuyas características y relaciones demandan que efectuemos algunas puntuaciones en la complejidad de su entramado. Nuestro propósito es señalar algunos nexos entre fuerzas que se concretizan en el entramado social y los puntos singulares en los que acontecen los

procesos de agenciamiento. El interés cognoscitivo que nos guía se centrará en explorar el proceso de subjetivación que, como tal, implica la realización de un campo de posibles. Realización en el sentido de efectuación de los posibles realizados por las acciones e interacciones de individuos en situación ¿Cómo concebimos a esos individuos que devienen agentes? ¿Qué estatuto otorgamos al contexto social-institucional y al Estado?

Si concebimos al individuo no como punto de partida, sino como la estructuración a la que se llega después de un complejo proceso de heterogénesis, entonces este punto de llegada, este “punto de pasaje de múltiples discursos”, al decir de Foucault, implica la presencia de un “compositum” de segmentos sociales, agenciamientos semióticos y afectaciones. Los individuos, como lo señala Deleuze, sólo se constituyen como resultado del agenciamiento en el que operan segmentos “duros” y “blandos” (DELEUZE y PARNET, 2008). La vida de un sujeto individual está entramada por tres líneas de significación. Una es la línea de corte, línea de segmentos molares. Es la línea dura de la inscripción familiar, de la profesión, y también de la educación formal, de la escuela, del ejército, del taller o de la fábrica. Aquí operan los binarismos: clases sociales “altas” y “bajas”; binarismo de género (varón/mujer); étnico (blancos/negros); sujetos contractuales/a contractuales, etcétera. Los segmentos inscriben códigos y marcan territorio, por lo que los dispositivos de poder-saber implican una territorialidad codificada que jerarquiza y regula los pasajes de un segmento a otro y en la que el aparato de Estado realiza eficazmente a dicha máquina abstracta. Por lo tanto no hay un Estado que preexista a los dispositivos de poder y a la máquina abstracta que sobre codifica a los segmentos duros y a los flujos moleculares (saberes, capacidades particulares, oficios, destrezas) que inciden en los segmentos duros. Es la línea de fisura, el devenir producido por las transversalidades moleculares que junto a las líneas molares componen los agenciamientos y las líneas de fuga. Esta última es la tercera línea, es la línea que implica procesos de desterritorialización.

El Estado, como agenciamiento institucional concreto, sobre-codifica multiplicidad de segmentos. Su función es ordenar y sostener las formas, las líneas de fuerza fundamentales de un orden sociohistórico. El Estado es una “máquina abstracta” que sobre codifica y homogeneiza campos heterogéneos. Valga como ejemplo de máquina abstracta el panóptico, que puede ser descrito como una curva de fuerza que simultáneamente separa y articula elementos heterogéneos produciendo efectos de ordenamiento en distintos campos sociales.

¿QUÉ SIGNIFICACIÓN PODEMOS DERIVAR DE LO ANTES DICHO?

La subjetivación como posibilidad se jugaría en el ámbito trans personal del socius y en el dominio pre-personal o ante-individual de las fuerzas espontáneas, antes de su institucionalización, y en el caos de las afectaciones. En esta ocasión focalizaremos nuestra atención en los ámbitos locales, en los que se producen situaciones que implican problemáticas de orden jurídico, toda vez que este

orden implica al conjunto de formaciones sociales y es la clave de la configuración institucional, aquella que sanciona las reglas constitutivas de las distintas instancias de la sociedad, establece las regulaciones en las áreas de actividades particulares y en el accionar de sus agentes. Asentar este postulado en la eficacia simbólica de las reglas constitutivas implica que, acorde a lo sostenido por Searle (1997) se trata de reglas con poder para configurar campos de juego y otorgarles identidad. Sin embargo, normas y reglas sólo tienen su dominio de existencia en las prácticas sociales, en las producciones de la agencia humana. Y es en ese punto singular en el que la cuestión ética hace su epifanía, la demanda por la responsabilidad del Cuidado y las interpelaciones por el Cuidado de Sí.

Con el propósito de contextualizar el presente trabajo expondremos en primer lugar un esquema de la significación que asume en nuestras indagaciones la noción de cuidado de sí para pensar los procesos de subjetivación que acontecen en los ámbitos institucionales singulares, en los espacios de acción e interacción concretos de la sociedad contemporánea.

GOBIERNO DE SÍ.

En los últimos aportes de Michel Foucault la línea de trabajo que asume mayor fuerza significativa ha sido aquella que estudia a la ética como problemática histórica, factible de ser estudiada genealógicamente. En ese contexto subrayaremos una noción clave: la de gubernamentalidad.

Las problemáticas del gobierno de sí, introducidas por Foucault con sus estudios sobre el cuidado de sí ("epiméleia heautou"), desarrollado en los cursos de 1981-1982, publicados en *Hermenéutica del Sujeto* (FOUCAULT, 2000) hace legible su interés por las operaciones recursivas que posibilitan dar cuenta de los procesos de subjetivación, y por responder a la pregunta formulada por Kant: "¿Qué estamos haciendo hoy (...) O, en otras palabras: ¿qué es lo que somos?" (FOUCAULT, 2001). Ello daría lugar a esa ontología de nosotros mismos que se desarrolla en *Tecnologías del Yo*; en *La hermenéutica del sujeto* y en *Historia de la sexualidad*. La cuestión en nuestros tiempos es responder a la pregunta de cómo se constituye una subjetividad de época, cómo se puede dar cuenta de los procesos de subjetivación en un medio social que ha institucionalizado las tecnologías de gobierno sobre los hombres mediante el ejercicio de los bio-poderes. Este medio, este contexto socio-histórico emplaza anudamientos de poder en organizaciones formales; figuras de autoridad comunitaria o referentes sociales –juristas, docentes, médicos, consejeros, pastores, líderes locales, referentes políticos, etcétera –. Es en esta ecología social en la que se procede a "dar órdenes a la vida" mediante consignas, hoy convertidas en consignas híbridas, incididas por las claves de las sociedades de control, de acuerdo a la conocida caracterización de las sociedades tardo modernas que ha realizado Gilles Deleuze (1999).

En el campo de posibles que ofrecen las formas de dominación, los individuos se constituyen como sujetos plegándose sobre sí mismos en un accionar ético que tiene sus especificidades históricas. El

estudio de las tecnologías del dominio de sí y la substancia ética sobre la que trabajaron los individuos de distintas épocas históricas, desarrollado por Foucault en *La hermenéutica del Sujeto*, es el resultado de esa búsqueda de “una ontología ética a través de la cual nos constituimos en agentes morales.” (FOUCAULT, 1985, p.193). El pasaje de una “grilla de explicación y análisis” a otra le permite (2009, p. 217) elaborar modelos o esquemas con relación al cuidado de sí y a la problemática de la conversión: el modelo platónico, el helenístico romano (*épistrophê*) y el de los primeros cristianos (“*metanoia*”)ii. En esta línea de indagación Foucault muestra que en la conversión helenística-romana la *épistrophê* alude a la búsqueda del dominio de sí, implica el cuidado del cuerpo, el control de los desbordes de las pasiones. Se requiere ejercer señorío sobre sí mismo. Pero esta conversión, esta *epistrophé*, no se produce súbitamente, lo que sí ocurre en la conversión cristiana. La *metanoia* alude a una mutación repentina, a una revelación divina. Estas puntuaciones validan lo ya señalado respecto a la entrada de Foucault en una nueva etapa de estudios centrada en la ética.

Es pertinente señalar que a partir de *Seguridad Territorio Población* (2006) Foucault produce un desplazamiento desde el “modelo de la guerra”, propio de las sociedades de soberanía, al modelo de la “gubernamentalidad” vinculado con las poblaciones, la biopolítica y la construcción de subjetividad. Ello ya ha sido puesto de relieve en la literatura de las ciencias sociales. Aquí sólo nos interesa señalar lo siguiente: las “tecnologías del yo”, la constitución de sí mediante un saber-hacer, mediante una tecnología particular, posibilitan que el propio individuo ejerza los procesos de individuación efectuados activamente en tanto agente social. Subrayamos: por un agente, no por un mero ejecutante que actúa siguiendo los guiones de dispositivos de captura que lo tomarían sólo como blanco del poder. En ese sentido los procedimientos, las operaciones de agenciamiento de reglas, pautas y recursos, en suma, las prácticas sociales que realizan, introducen a los individuos en campos de fuerzas complejos, en juegos de poder en los que dialogan polémicamente con otros individuos y consigo mismo. En consecuencia “gubernamentalidad” es una noción amplia que marca una inflexión en la obra de Foucault. La noción de gubernamentalidad implica el ejercicio de técnicas que operan sobre los hombres como tecnología política y también, como ha señalado Foucault en los cursos del *College de France* y publicados en *Dits et écrits* (apud CASTRO, 2004, p. 70), la conjunción entre dichas tecnologías y las técnicas de sí, que aluden a esas prácticas, a esos márgenes de respuestas propias que los individuos pueden darse ante otros individuos copartícipes; que también hacen uso de su libertad en el campo de posibles que les ofrece determinado orden de dominación social. Foucault confronta así con el pensamiento que concibe al individuo como un actor social totalmente anudado a la ley y a las reglas de los dispositivos de poder que lo determinan por completo; se opone a la concepción de una figura “hablada” por las estructuraciones de poder y a la que se considera sin capacidad para producir sus propios agenciamientos.

DE LA SOBERANÍA A LAS TECNOLOGÍAS DEL GOBIERNO DE SÍ.

Las sociedades de soberanía, matizadas en el modelo de la guerra, implicaban la presencia substantiva del cuerpo del soberano. Esta constitución, sus fuentes lejanas vinculadas a la complejidad del ritual, a la religión y al dominio de lo sagrado en un sentido amplio, implica la cosmovisión particular de una sociedad determinada. Es en el medio interno de ese mundo cultural en el que se sitúa también el culto del líder, la emergencia del cuerpo sacralizado del soberano. Figura asimilada a la del sacerdote, el cuerpo del soberano deviene un cuerpo sagrado en torno del cual giraba toda la corte y, más allá, toda la comunidad (BERTELLI, 1995, p.28).

El orden jurídico como institucionalización simbólica particular del imaginario socio histórico, como objetivación simbólica del cuerpo de la comunidad, daba cohesión al orden social instituyendo sujetos políticos mediante el imperio de la ley.

En consecuencia en la sociedad tradicional el Orden Jurídico operaba como principio ordenador, como sostén del orden social instituido como "cuerpo social". El pueblo, la articulación asentada en los pactos y sistemas de lealtades, se configuraba como comunidad sometida a la ley. El poder soberano recorre y penetra de modo capilar toda la vida social y estatuye a la familia como institución. En consecuencia en ese universo socio histórico el pueblo era interpelado como sujeto político. La ley es cosa de gobierno, un emergente de las prácticas y decisiones del gobierno sobre los hombres y sobre las cosas.

Subrayemos que es en los umbrales de la modernidad, hacia el siglo XVII en que nace el montaje de una nueva tecnología de poder, asentada en otro principio y enfrentada al poder tradicional: las prácticas de encierro y el montaje de dispositivos de poder caracterizados por la existencia de ordenamientos racionalmente diseñados y regidos por reglas minuciosas, articulados para disciplinar los cuerpos. Son los dispositivos de disciplinamiento como estrategia de poder y de saber.

Una de las líneas de fuerza del poder soberano se va a cruzar de modo polémico con las prácticas que desplegaban las nuevas estrategias de poder ya mencionadas. Las sociedades de soberanía instituyen políticas de gobierno para el control de la población, en las que la vida es instituida como objeto de indagación. La "vida" se constituye como objeto en un campo cruzado por fuerzas heterogéneas, un campo problemático, en términos de Foucault, en el que la vida quedará prefigurada como objeto de saber. Definida como conglomerado de fuerzas que se resisten a la muerte, la vida constituirá un nuevo dominio de objetos institucionalizando el saber de la biopolítica.

Cuando el principio de soberanía como forma de gobierno dominante se encuentra con el montaje de nuevas tecnologías de vigilancia, regulación y castigo es el momento en el que históricamente van configurándose las sociedades de normalización. En ellas se despliegan organizaciones regidas por

una racionalidad focalizada en el logro, guiadas por el principio de eficiencia, una de las líneas de fuerza más significativas que ha instituido la sociedad temprano moderna. Si la ley, en las sociedades de soberanía, actuaba como ordenadora del orden social concebido como cuerpo de la comunidad sometido al imperio soberano, la normalización de los dispositivos técnicos se articula con las redes anónimas del poder disciplinario. Su campo de emergencia y su legitimidad se encuentran vinculados recursivamente a los ámbitos de la sociedad civil.

Como hemos subrayado en otro trabajo:

Estas tecnologías de gobierno se materializan en la trama de conjuntos prácticos, en las organizaciones que pertenecen a distintos ordenes institucionales –agencias de gobierno, centros de atención de la salud, escuelas, hospitales, etcétera--, el medio ambiente social propio del ejercicio de la gubernamentalidad. Productivamente los bio poderes son constitutivos de la institución de la salud, de la seguridad social, del salariado, de las prácticas de higiene, incluyendo las formas estéticas de la corporeidad. Como ha sido señalado, esos conjuntos técnicos (para usar la noción de George Simondon) posibilitan las prácticas de gobierno, el despliegue de las “tecnologías de gobierno”, el ejercicio de las políticas públicas.

Pero son los agentes quienes, individual o colectivamente, producen inflexiones en las reglas y en las formas instituidas –pautas valorativas, esquemas cognitivos, rejillas interpretativas, modos de proceder, pautas estéticas, formas de ser-estar, etcétera--. Estas inflexiones las pensamos con el significado que adquieren en geometría no en el de la gramática, que define el vocablo ‘inflexión’ como los cambios morfológicos en las palabras pasibles de flexión; aquí el enunciado producción de inflexiones alude a puntos singulares que componen la especificidad de los pliegues institucionales, puntos de sus curvas de fuerza que son afectados y provocan que las mismas sufran todo tipo de interferencias y deslizamientos de significaciones. Como hemos visto, la noción de gubernamentalidad pone de relieve la capacidad del individuo para constituirse como sujeto ético mediante el ejercicio de la práctica de su libertad, para devenir agentes autopoieticos, individualidades constituyentes. De ahí la pertinencia del concepto foucaultiano de tecnologías del yo, pues posibilita visibilizar el trabajo recursivo, individual, del cuidado de sí, la operación ética que posibilita devenir lo que somos. (MONTENEGRO, 2011, p. 232-233).

En ese mismo trabajo pusimos de relieve que las tecnologías de gobierno de los hombres se entran en la constitución de los *sistemas societales* y en las distintas prácticas que se realizan en el *mundo de la vida*. En ese sentido los modelos de reproducción social, sus políticas económico-sociales, inciden decisivamente en la vida cotidiana y en sus contextos de acción; en ese medio social que validamente podemos caracterizar como producto de un *orden de dominación particular*. Hemos dicho en el trabajo antes citado:

Las políticas del Estado de Bienestar han sido acusadas de estos excesos por el liberalismo desde sus inicios. Pero también vimos que el esquema y sus mandatos no inflexionan de la misma manera en todas las sociedades. La tensión entre prácticas de gobierno-esquema denegatorio sostenido por el liberalismo, se juega localmente, de acuerdo a las construcciones discursivas y los esquemas interpretativos dominantes, como lo muestra el caso de la economía social de mercado en la sociedad alemana de fines de la década de 1940, cuando la desconfianza respecto a los mecanismos de mercado y las urgencias de la coyuntura histórica local de la Europa de pos guerra llevó a prácticas de 'más gobierno' diseñadas por autoridades pertenecientes al liberalismo europeo, sin que dejaran de considerar a la Sociedad de Bienestar como blanco del mismo ataque al que sometían a las sociedad soviética y nazifascista, acusadas todas de arrebatar poder de gobierno a la sociedad civil. (Loc. cit.).

En los puntos que siguen presentaremos un esquema de "efectos de efectos" heterogéneos e identificables, que expresan mutaciones y tensiones transversales operando en los campos sociales actuales

MIRADA PANORÁMICA AL *SOCIUS* DE NUESTRO TIEMPO.

Las metamorfosis en el dominio del *régimen del salariado* --como lo examina extensamente el trabajo de Robert Castel (1995) –, la revolución en las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), y la expansión del capitalismo globalizado ha producido *procesos de descodificación* en el dominio de todos los órdenes institucionales, afectando transversalmente la *constitución ontológica* de las realidades sociales y culturales.

En el ámbito de las *semiósferas* (LOTMAN, 1979), en cuyos espacios se gestan las significaciones enlazados a nuestras prácticas, los procesos de metamorfosis han producido la des-construcción de formas simbólicas e imaginarias instituidas. Es afectada así la urdimbre en que el *socius* se *constituye* de modo *autopoiético*, produciendo los distintos segmentos sociales y también las reglas de su transformación.

Como estas son tramas constitutivas de la realidad, las operaciones de esas fuerzas han producido un *efecto de desentramado* de universos simbólicos y, paradójicamente, también generaron nuevos *procesos de ontologización*. Los contextos etnográficos en los que se realizan las prácticas sociales quedan afectados de modo constante por múltiples interferencias e indeterminaciones situacionales.

La sociedad entrama sus pautas estatuyendo los distintos ámbitos de la *ecología social* y de la *mente*, en el sentido que le ha dado Félix Guattari (2000) prolongando el aporte de Gregory Bateson (1985). Como ya hemos, señalado Bateson ha realizado aportes clave al desarrollo de lo que se denomina "pensamiento complejo", una de cuyas características es la conectividad que caracteriza a la *epistemología de la pauta*, en la que el observador se constituye co-surgiendo con lo construido como observable merced a procesos de *distinción* y de *puntuación*. En consecuencia en el contexto de este escrito empleamos la noción de *pauta*, en el sentido que asume en la citada obra de G.

Bateson y seguimos uno de los aportes derivados de ella: la denominada *epistemología de la nueva estética*.

La complejidad e indeterminación de los procesos que hemos puntuado abren múltiples interrogantes. Entre ellos, ¿Cómo afectan los procesos de heterogénesis socioculturales a la institucionalización de la multiplicidad de campos sociales?

Si entendemos “institucionalización”, en un sentido que se inspira en el *socioanálisis* desarrollado por René Lourau, y aún sin adscribir a su lógica de matriz hegeliana, en los espacios institucionales las inscripciones de lo *instituido* –reglas, jerarquías, procedimientos, recursos, modos de acción—, son confrontados por fuerzas *instituyentes*, que pugnan por modificar o transformar a lo instituido. El juego de fuerzas que los envuelve es el *proceso de institucionalización*, que implica a lo *instituido* y lo *instituyente* y es lo que produce los cambios institucionales en el eje del tiempo. ¿Cómo son incididas, bloqueadas y transformadas las pautas constitutivas de dichos campos?

EFFECTOS DE LA DESCODIFICACIÓN Y CUIDADO DE SÍ.

El ejercicio del gobierno de sí implica un campo de posibles que se despliega en el *orden de dominación institucionalizado*. Como ya sabemos, la dominación ejerce sus *tecnologías de gobierno* en el medio social al cual ellas mismas contribuyen a conformar. En consecuencia la ejecución de las prácticas dirigidas al cuidado de Sí se produce en contextos que se encuentran entramados en complejos y muy heterogéneos juegos de fuerzas. Los *diagramas del poder* en las sociedades contemporáneas presentan configuraciones mixturadas. Los desvíos, bloqueos y rechazos parciales que han sufrido las líneas de fuerzas más significativas que componen las estrategias neoliberales siguen produciendo efectos, aún cuando el discurso que les es propio ha perdido la legitimidad de que gozaba en los '80 y '90 del siglo XX. De modo que en el medio social actual el *esquema denegatorio* del liberalismo clásico opuesto al accionar gubernamental, hoy se encuentra potenciado por las estrategias neoliberales de poder cuyas orientaciones generales no cesan de guiar los cursos de acción social.

La *axiomática del poder* permite combinar prácticas de gobierno heterogéneas –de seguridad, de disciplinamiento y de control—; pero esos serían puntos de apoyo para sostener la racionalidad gubernamental., aún cuando los *dispositivos disciplinarios* que ofrecían un modelo de racionalidad opuesto al de las prácticas de gobierno hoy se encuentran afectados por una crisis de carácter integral. Por esta razón las formaciones sociales actuales han sido caracterizadas como estructuraciones incididas por un conjunto de vectores propios de la sociedad tardo-moderna. Los espacios institucionales asumen las características que la *teoría de las fluctuaciones* nos posibilita pensar como *puntos singulares de bifurcación*, ámbitos en estado de indeterminación.

Los procesos de subjetivación devienen en esos juegos aleatorios y entre multiplicidad de tensiones. Las líneas de significación derivadas del *imaginario social efectivo* de la sociedad temprano moderna, sus funciones y las corporeidades que ha institucionalizado conservan aún, puntualmente y en situaciones concretas, su capacidad de interpelación. Individualmente o en forma colectiva la ciudadanía demanda el cumplimiento de los acuerdos de un contrato social que la cultura institucional aún sostiene en sus pliegues, posibilitando que quienes disponen de los recursos pertinentes puedan escuchar, y consecuentemente demandar, las pautas instituidas de los derechos de segunda o tercera generación: trabajo digno, acceso a la vivienda, seguridad social, cuidado integral de la salud, derecho a los distintos niveles de educación, atención a la estética corporal, etcétera.

En este contexto el neoliberalismo retoma y profundiza las líneas de fuerza que luchan contra las prácticas de gobierno, contra todo lo que implique intervenciones del orden político estatal, salvo que las mismas estén guiadas por operaciones de desregulación, apoyo o salvataje del campo corporativo. La puja por diluir el poder rector del Estado, evidente en los grandes núcleos de poder de las sociedades actuales, no cede en sus operaciones orientadas a mercantilizar esferas otrora incuestionablemente inscriptas en el ámbito público estatal y a desplazar las capacidades de decisión normativa y de aplicación desde el ámbito político a los espacios corporativos u organizacionales. El cuidado de la salud, de la producción y la distribución social del conocimiento, la circulación de información, el control de las comunicaciones, el acceso a los recursos naturales fundamentales, en el neo capitalismo ya no se asentará sólo en la lógica derivada del anudamiento del orden político y las tecnologías de normalización; sino en aquella vinculada a los procesos de *descodificación* y *axiomatización* de las formaciones capitalistas actuales.

Las demandas sociales, que se expresan con diversos grados de estructuración en la sociedad civil, producen tensiones y crisis recurrentes. Estas recorren a las agencias de seguridad social, a las instituciones de educación, a las organizaciones del orden jurídico y a las instituciones del salariado, de la salud, etcétera. La lucha social por el cumplimiento efectivo de los derechos de segunda o de tercera generación sigue los guiones del discurso del retorno a la ley, al dominio jurídico y al cumplimiento de los acuerdos del contrato social. Las interpelaciones de los cursos de acción social afectan uno de los recursos clave del Estado de Derecho: el sostenimiento de la *legitimidad* como constituyente de la dominación legítima. En consecuencia, como ya señalamos, un contexto social que posibilite umbrales básicos de libertad de acción a los individuos demanda el sostenimiento de dicho orden legítimo.

El concepto de “dominación” en sociología ha estabilizado un núcleo semántico fuerte de acuerdo a la elaboración realizada por Max Weber. Nos interesa subrayar que es la dominación, en tanto

“probabilidad de encontrar obediencia” a los mandatos de autoridad legítima, la que expresa la existencia (siempre sólo “probable”) de un ordenamiento social; pero es lo que posibilita el sostenimiento de un orden relativamente estable, un campo de probabilidades para encontrar obediencia por aceptación, en grados variables, de los mandatos asentados en la creencia en su legitimidad. En particular el tipo de dominación racional-legal de las sociedades pos tradicionales es significativo, en el marco del presente escrito, por el estatuto del orden jurídico y la presencia clave de la norma positiva en el sistema de dominación contemporáneo. En la concepción de Foucault la dominación surge en un campo de relaciones de poder que se convierten en imposiciones fijas, inmodificables, que obran coercitivamente de modo minucioso y opresivo. En ese sentido, Foucault pone el acento en las relaciones de poder a las que considera una presencia ubicua, pues el poder se anuda a las relaciones entre individuos, a las relaciones en las familias, en los ámbitos domésticos, en las relaciones políticas, educativas, etcétera. En este sentido las relaciones de poder se entraman en toda la extensión del socius. La importancia de un orden de dominación para la constitución de la sociedad y el ejercicio de las tecnologías de gobierno ha sido puesta de relieve por el mismo Foucault en una de las últimas entrevistas realizadas (1984). Sin embargo, más allá de las diferencias en las puntuaciones, Foucault dice que sus análisis van en sentido similar a los realizados por Weber. A continuación trabajaremos el concepto de dominación, orden jurídico y mundo-de la vida.

DOMINACIÓN, ORDEN JURÍDICO Y MUNDO-DE LA VIDA.

Para Weber debe entenderse como *dominación* “la probabilidad de encontrar obediencia a un mandato determinado contenido entre personas dadas”. Es importante señalar que *dominación* implica un ordenamiento del que emergen los posicionamientos de poder, las relaciones de mando y obediencia. Es claro que no puede confundirse la “dominación” con el mero ejercicio del *poder* desnudo, o con la mera “influencia” de unos hombres sobre otros, como señala Weber. En ese sentido, independientemente de las razones que puedan ser enunciadas para aceptar como válidos los mandatos, el orden se sostiene en la voluntad –que se expresa en grados variables—de que sean aceptados como legítimos. Este es un dato esencial, pues toda dominación persiste en consideración a motivos materiales como condición necesaria pero no suficiente para su mantenimiento. Requiere motivos afectivos o de valores racionalmente establecidos, procurando hacer surgir y promover la creencia en la legitimidad de la dominación en cuestión. En la capacidad para que se sostenga la creencia en la legitimidad del orden se juega la existencia del mismo pues, como expresa con insistencia Weber, esta “legitimidad” debe considerarse sólo como *probable*. La aceptación de un orden de dominación no se fundamenta sólo en la creencia en su legitimidad, pues puede obtenerse con miras a la defensa de intereses personales, de grupo, o aceptarse por situaciones de vulnerabilidad o desvalimiento. Lo importante es que, independientemente de las motivaciones o cálculos particulares que se realicen, las pretensiones de validez de los mandatos tienen *alta*

probabilidad de encontrar obediencia entre los integrantes de dicho orden legítimo.

En *Economía y Sociedad*, en el punto sobre "Orden jurídico, convención y costumbre" (Weber, 1994), se definen estos tres conceptos expresándolos de la siguiente manera:

Sin solución de continuidad se pasa del orden jurídico al campo de la 'convención' y después lo que queremos separar conceptualmente, a la 'costumbre' [...] Por el contrario, entendemos por 'convención' cuando no se trata de influir en una conducta determinada por medio de ninguna coacción física o psíquica, ni, en general, por lo menos normal e inmediatamente, por ninguna otra reacción que no sea la mera aprobación o desaprobación de un círculo humano que forma un 'mundo circundante' específico del actor. Debe separarse rigurosamente la 'convención', del caso del 'derecho consuetudinario', debe significar, según la terminología usual, precisamente la probabilidad de que se ponga en movimiento un aparato coactivo para que cumpla una norma válida, no en virtud de una ley estatuida, sino de un consenso. Por el contrario, en la convención falta precisamente el 'aparato coactivo': el círculo de hombres delimitado rigurosamente [...] dispuesto para la misión especial de la coacción jurídica, aunque sólo se sirva de medios psíquicos (WEBER, 1992, p. 258)

Weber subraya la importancia de la 'costumbre' en la acción comunitaria, y dice que cuando el Derecho hace de una costumbre una 'obligación jurídica' añade poco a su eficacia. A su vez, la 'convención' asume gran importancia en la vida de relación: "Pero sobre todo, la 'convención' puede determinar mucho más la conducta que la existencia de un aparato coactivo jurídico, porque el individuo se halla entregado, en numerosas relaciones de la vida, a la aprobación espontánea de su ambiente" (Weber, 1992: 259). La 'convención' se da en cierto 'medio específico' –parentesco, vecindad, estamento, profesión, étnica, política, etcétera –, aun cuando la acción esté muy escasamente orientada por 'reglas jurídicas'. Weber lo expresa de este modo:

En la medida en que esas regularidades de conducta están orientadas conscientemente por reglas (no por mera habituación), son en parte, reglas de 'costumbre' y 'convención', pero también, y a menudo de modo predominante, pueden ser máximas de la acción subjetiva racional con arreglo a fines, en interés propio de los partícipes, y con cuya eficacia cuentan ellos o los demás, y pueden, en efecto, contar a menudo objetivamente, sobre todo gracias a socializaciones o consensus especiales no protegidos por la coacción jurídica. La probabilidad de la coacción jurídica que, como ya se dijo, sólo en pequeño grado determina la conducta jurídica – "con arreglo a derecho" –del actor, se halla objetivamente como garantía eventual sólo detrás de un fragmento nada más del curso real de la acción consensual. (WEBER, 1992, p. 262).

Es válido pensar, en consecuencia, que el pasaje de la costumbre a la convención y luego al derecho, desde el punto de vista sociológico, es un *continuum*.

En las sociedades tradicionales la trama sustantiva del orden de dominación que sostiene las relaciones de mando-obediencia está constituida fundamentalmente por mandatos transmitidos por las costumbres, por pautas instituidas que se transmiten de generación en generación. Es la forma denominada por Weber "Dominación Tradicional". Lo que se toma en consideración y que comanda

la acción social es el universo de significaciones legado por las costumbres, vividas por toda la comunidad como mandamientos incuestionables (WEBER, 1992, p. 180). La trama de la sociedad moderna se compone de una red de normas, reglas y disposiciones racionalmente diseñadas, formales. Su textura es de una naturaleza cualitativa y radicalmente distinta a las características consideradas propias de las "instituciones naturales" de las sociedades tradicionales. La *dominación legal* implica un Orden en el cual el Derecho es estatuido de modo racional mediante pacto u otorgamiento, conformando un universo de reglas con pretensiones de ser respetadas. Esquematisando podemos decir que en las sociedades complejas de la actualidad la dominación se asienta en la validez de los siguientes postulados, entramados entre sí. (WEBER, 1992, p. 173)

- a) Su dominio de existencia lo componen enunciados de orden jurídico, anclados en el *derecho racional*.
- b) Que todo derecho según su esencia es un cosmos de *reglas* abstractas, por lo general estatuidas intencionalmente;
- c) Que la *judicatura* implica la aplicación de esas reglas al caso concreto; y que la administración supone el cuidado racional de los intereses previstos por las ordenaciones de la asociación.
- d) Que todo derecho, "pactado" u "otorgado", puede ser *estatuido* de modo racional --racional con arreglo a fines o racional con arreglo a valores (o ambas cosas).
- e) Los actos de compromisos y de obediencia se asumen en consideración a las normas, no a las personas, independientemente de los atributos o cualidades de las mismas, salvo con las vinculadas con las competencias del cargo que detentan.
- f) La aceptación y obediencia a los mandatos esta articulado al orden racional-legal impersonal, que sólo rige como obligatorio dentro de la *competencia* limitada, racional y objetiva que otorga dicho orden.

Las *categorías fundamentales de la dominación legal* son las siguientes:

1. Un *ejercicio continuado*, sujeto a ley, de funciones que se ejercen en el ámbito de una *competencia* estatuida. Lo cual significa:

- a) un ámbito de deberes y servicios objetivamente limitado en virtud de una distribución de funciones.
- b) con la atribución de los poderes necesarios para su realización, y
- c) fijación estricta de los medios coactivos eventualmente admisibles y el supuesto previo de su aplicación. Una actividad establecida de esa suerte se llama "magistratura" o "autoridad"

(Behörde).

2. A lo anterior hay que añadir el principio de *jerarquía administrativa*, o sea la ordenación de “autoridades” fijas con facultades de regulación e inspección y con el derecho de queja o apelación ante las “autoridades” superiores por parte de las inferiores.

3. El plexo de reglas que regulan las prácticas están sometidas a procedimientos. Esas reglas son de dos tipos:

a) técnicas

b) normas.

El mundo socio histórico contemporáneo, una de cuyas dimensiones clave estamos caracterizando con el esquema que nos ofrece el *tipo puro de dominación racional legal* de Weber, demanda que respondamos a una de las preguntas formuladas por Cornelius Castoriadis: *¿qué mantiene cohesionada a la sociedad?*ⁱⁱⁱ Conocemos su respuesta: la unidad de una sociedad es la *institución* de la sociedad, el instituirse como totalización, como plexo conformado por el conjunto de instituciones particulares que la componen. Estas instituciones implican un complejo de “normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos (y por cierto) el individuo mismo”, incluyendo la construcción de los géneros (CASTORIADIS, 1988: 67).

La producción de individuos que realizan las instituciones se efectúa de acuerdo a su *imaginario social efectivo* –su imaginario instituido—, su dimensión simbólica y sus normas. Recordemos que Castoriadis ha definido a la institución como una *norma* sancionada socialmente y que se articula con otras dos dimensiones: *imaginaria* y *real-funcional*. Los sujetos están obligados a reproducir lo instituido de modo prescriptivo de acuerdo a la “ley”, que produce y enlaza sus elementos inscribiéndose en los individuos mismos y se perpetúa como ley. La sociedad es una red de significaciones imaginarias y simbólicas heterogéneas (dinero, mercancía, valores, concepción del pecado, separación de los géneros, sistemas clasificatorios, idea de justicia, normas, reglas, prescripciones, etcétera). Es de ese “magma de significaciones”, como las denomina Castoriadis, del que emergen las líneas de fuerza que componen, entre otras formaciones, el orden jurídico que nos convoca en este caso.

A la pregunta clásica de la sociología: *¿qué mantiene cohesionada a la sociedad?* Consideramos pertinente responder mediante un *postulado* que nos permita correr los riesgos de la asertividad. En consecuencia sostendremos que puede ser respondida apelando al concepto de “orden jurídico”, pues en tanto ubica lo jurídico en perspectiva sociológica posibilita reflexionar sobre las condiciones del ecosistema social en el que se despliegan las tecnologías del gobierno de sí. Subrayemos que desde el punto de vista de la *dogmática jurídica* lo que se toma en consideración es la *significación*,

lo relacionado con el *sentido normativo*, con aquello que es juzgado como correcto de acuerdo a la lógica de un enunciado que expresa sus pretensiones de validez como norma jurídica. En ese caso se trata del dominio de las formas, el plexo de reglas y de sus articulaciones lógicas y la pertinencia de las inferencias que se realizan. En cambio –dice Weber–, para la mirada sociológica no es éste el sentido que domina sus consideraciones, pues no es el mundo lógico de normas y su correcta inferencia lo que más importa, sino “un complejo de motivaciones efectivas del actuar humano real.” (WEBER, 1992, p. 52)

En consideración a este postulado, al no existir un sentimiento o pauta moral que obligue a guiar la conducta de acuerdo a las normas; pero sí a orientar la acción social en referencia al orden de dominación estatuido, la presencia u omisión de un aparato coactivo que imponga medidas para hacer efectiva o no las garantías constitucionales, tiene carácter decisivo. Expresa la materialización de ese sistema y hace identificable la existencia del mundo del derecho. Weber lo define de la siguiente manera: “un ‘orden’ con ciertas garantías específicas respecto a la probabilidad de su validez empírica” (Loc. cit.). Para que los mandatos legítimos puedan ser llevados a la práctica, para que las normas estatuidas, los derechos establecidos puedan estar al alcance de la sociedad de modo generalizado, independientemente del nivel socio económico de los ciudadanos, la demanda es la existencia de un “orden jurídico” con posibilidad de coacción y que la probabilidad de que el “orden” garantice, mediante órganos especializados la “probabilidad de su validez empírica”. Si se da entonces un derecho “garantizado” se decide para la sociología en el caso en que se halle “ordenado” el uso del aparato coactivo para el ejercicio no violento de esta coacción jurídica y que posea de hecho un peso tal que, por termino medio, exista en grado prácticamente importante la *probabilidad* de que una norma valida sea observada a consecuencia de la existencia de aquella coacción jurídica.” (WEBER, 1992, p. 253).

Hay medios de coacción que no son violentos, pero que pueden obrar aún con mayor fuerza que los propios instrumentos del Estado –exclusión, boicot, promesas de ventajas o desventajas. Por tanto vemos que hay medios coactivos que no maneja la comunidad política y que son, desde el punto de vista sociológico, “coacción jurídica”, pues sus fuerzas ejercen, en palabras de Weber (1992, p. 255), una “acción social *relevante*”

Sin embargo, si bien es cierto la coacción no siempre ha reposado en el orden político, Weber señala que las características de la economía moderna reclama un derecho que se ejerza mediante un funcionamiento rápido, garantizado por la presencia de un aparato coactivo racional y eficiente. La *convención* y la *costumbre* han cedido por el derrumbe del mundo tradicional, lo que ha provocado la pérdida de fe en la dimensión sagrada que otrora las sostenía. La economía de mercado ha destruido asociaciones que eran portadoras de derecho y que, en consecuencia, lo garantizaban, por lo cual la

demanda es por la existencia de un único “instituto coactivo universal” (1992, p.272)

Como en este escrito estamos explorando el contexto social en el que se entran las condiciones de posibilidad para el despliegue de las *tecnologías del gobierno de sí*, aceptamos la invitación de Foucault para sostener como válida la existencia de formas de dominación social que posibiliten las prácticas del cuidado de sí. En las sociedades contemporáneas el modelo en juego es el de la dominación racional-legal, con todas sus metamorfosis, como requisito tanto de las tecnologías de gobierno como de las tecnologías del yo.

Podemos postular que esta es una de las características de los “diagramas de poder” que debemos someter a crítica para hacer visibles sus dispositivos de captura y de dominación ciega sobre los hombres y sobre la naturaleza. Ante ello subrayaremos que los dispositivos estratégicos de poder, en tanto emergentes socio-históricos, tienen esa capacidad productiva ya señalada por Foucault: el poder de sus interpelaciones es más eficiente cuanto más operan estas en la invisibilidad, en los pliegues opacos de lo instituido. Los dispositivos pueden ser examinados estudiando sus condiciones de existencia y a los individuos que lo componen en tanto *agentes*, y no meros actores. Allí los individuos juegan la existencia de su autoconstitución. Juego ético, en consecuencia, y abierto al devenir replicante o transformador.

¿Cuáles son los rasgos que en una sociedad expresan y permiten afirmar que un *orden de dominación* es condición de posibilidad decisiva para que se puedan ejercer las prácticas del cuidado de sí (la *épiméleia heautau*)?

Como hemos visto en el punto sobre dominación, orden jurídico y mundo-de la vida, para el ejercicio efectivo del Cuidado es clave la existencia de un orden de dominación, de un entramado social que ha sido sancionado como legítimo, un tejido cuyos filamentos pueden estar hechos de *costumbres*, *mandatos de la tradición*, de *hábitos* arraigados y *máximas* de todo orden, como también compuesto por la capilaridad de mandatos legales, de reglas y disposiciones racionales objetivadas en sistemas de códigos relativamente estables, o en instrucciones y procedimientos que circulan en dispositivos institucionales locales, agencias y establecimientos estatales o públicos no estatales.

Aspectos clave en el ejercicio de la dominación son los de la “creencia en la legitimidad” del orden establecido y el de “probabilidad de encontrar obediencia” a los mandatos instituidos. Es evidente la pertinencia del concepto de *dominación* para trabajar el contexto de las condiciones de posibilidad para las prácticas del cuidado de sí. La red de instituciones que conforman los distintos órdenes del entramado social, la institución de la sociedad como un todo. La potencia de estructuración del derecho racional en la sociedad moderna, como tuvimos oportunidad de ver, ha sido expuesta convincentemente en la obra de Max Weber, razón por lo que sólo puntuaremos lo siguiente:

a) las pautas del orden jurídico transversalizan los marcos en que los agentes producen las distintas *definiciones de la situación*,

b) el medio social, la red de instituciones que lo componen están matizadas por un orden racional que articula dispositivos institucionales heterogéneos.

GUBERNAMENTALIDAD

Para Foucault el vocablo "gobierno" implica una multiplicidad de prácticas, redes de emplazamientos de poder ejercido por figuras que son referentes sociales, institucionales, culturales; personas que tienen potencia para orientar comportamientos; para hacer que se realicen sus mandatos o sus indicaciones. Esas practicas las realizan de modo rutinario los padres, médicos, docentes, jefes de taller o de oficina, trabajadores sociales, psicólogos, incluso comunicadores sociales. Se trata del ejercicio del "gobierno" de modo naturalizado efectuado en una red de emplazamientos de autoridades que guían los comportamientos socialmente esperables. Pero no se trata del ejercicio de una obediencia ciega, sino que los sujetos se gobiernan a sí mismos operando con las orientaciones y recursos de las tecnologías del yo.

Como ya vimos en Weber lo propio de la dominación es que las instancias de poder encuentran, con alta probabilidad, obediencia a sus mandatos, a los que se otorga legitimidad. Los sujetos interpelados por los discursos (de la medicina; de la educación; del trabajo, del orden administrativo, de la justicia, etc.) tienen grados de aceptación variables respecto de los mandatos y en cuanto a las posibilidades de ejercer el "cuidado de sí"; pero los sujetos se constituyen en el espacio del gobierno de sí mismos.

Gubernamentalidad, entonces designa al ensamble de instituciones, tecnologías y procedimientos que apuntan a la población como sujeto del gobierno. La gubernamentalidad posee, por un lado, un "saber" clave en la *economía política* y por otro un instrumento, unas herramientas técnicas que son los *sistemas de seguridad*.

El Estado no cumple hoy sólo funciones administrativas y de gestión, sino que es un aglutinador de múltiples prácticas de gobierno, de configuración y orientación del *otro generalizado*, en el sentido dado por George Mead a este concepto. La gubernamentalidad expresa la intensificación de las practicas de gobierno y la transformación en las formas de conducción que ahora se han vuelto hacia la búsqueda de una maquina estatal que articula formas de conducción coordinadas, y que siguen una lógica que ha ganado en extensión saturando el mundo-de la vida.

Nos interesa señalar que las *formas de gubernamentalidad*, expresada en los Estados modernos, es el producto de metamorfosis producidas desde el pos Renacimiento. En este pasaje nos interesa señalar que desde el siglo XVIII, al despliegue de la gubernamentalidad cuya clave ha sido el

desarrollo de los biopoderes expresados en el ejercicio de la ley y de las instituciones de soberanía, (en proceso de institucionalización ya desde el siglo XV); había confrontado con otra forma de ejercicio del poder: el *modelo disciplinario*, emergente de la sociedad civil en proceso de estatuir el dominio socio-histórico de la Modernidad Temprana.

Como sabemos, en particular desde los aportes de Foucault, las disciplinas se despliegan en dispositivos de poder y de saber que involucran un conjunto de técnicas aplicables en espacios de acción locales –institutos de educación; hospitales; cuarteles; establecimientos textiles, cárceles, etc. –redes recursos materiales y de procedimientos inscriptos en el *panoptismo*, una nueva tecnología de poder que, a juicio de Foucault, es de un peso histórico similar al de la máquina de vapor en el orden de la producción.

En ese contexto el neoliberalismo retoma y profundiza las líneas de fuerza que luchan contra las prácticas de gobierno, contra todo lo que implique intervenciones del orden político estatal. La puja por diluir el poder rector del Estado que se expresa mediante las tecnologías de gobierno, lo que es evidente en los grandes núcleos de poder de las sociedades actuales, no cede en sus operaciones orientadas a mercantilizar esferas otrora incuestionablemente inscriptas en el ámbito público estatal. El cuidado de la salud, la producción y gestión del conocimiento, la circulación de la información, el control de las comunicaciones, el acceso a los recursos naturales fundamentales, incluso en el polimorfismo de las “sociedades de seguridad” y su ejercicio del poder en la actualidad; en el neo capitalismo ya no se asentarán sólo en la lógica derivada de la normalización, sino en aquella vinculada a los *procesos de descodificación y axiomatización* de las formaciones capitalistas actuales.

Es pertinente recordar y subrayar que es del dominio de la sociedad civil del que brota la insistencia liberal de “menos gobierno”, o la demanda de que los objetivos y los procedimientos gubernamentales deben legitimarse ante la sociedad, de la que han surgido y a la que deben servir. Como hemos visto en Foucault, el neo liberalismo es un modo de materializar el esquema denegatorio realizando una propuesta programática para que la sociedad corrija los excesos de más gobierno. Los tres frentes de ataque *ordoliberales* son muy ilustrativos al respecto^{iv}: el orden soviético, el nazi-fascista, y el de la denominada “Sociedad de Bienestar”, cuyo modelo prefiguró el Estado de Bienestar articulado a la concepción económica keynesiana. Pero también vimos que el esquema y sus mandatos no producen puntos de inflexión del mismo modo en todas las sociedades. Podemos decir: la tensión gobierno-demanda del liberalismo, se juega localmente, de acuerdo a las construcciones discursivas y los esquemas interpretativos dominantes, como es el caso de la economía social de mercado alemán en la posguerra.

En su trabajo sobre el liberalismo Foucault (2007) muestra la tensión entre la forma de gobierno asentada en el poder del soberano y aquella anclada en dispositivos de poder disciplinario generados

en la sociedad del panóptico y las tecnologías de disciplinamiento *anatomopolítico*. En ellos se expresaba una incompatibilidad en los fundamentos atribuidos al desarrollo óptimo del proceso económico y, por otro lado, se hacía visible la búsqueda por maximizar los procedimientos gubernamentales. El liberalismo, para Foucault, no se asienta en ninguna reflexión jurídica, ni en el análisis y reflexión económicos; tampoco en la idea de que la sociedad se fundamenta en el orden contractual. La búsqueda del liberalismo era forjar una tecnología de gobierno propia, buscando que desplace a la Razón de Estado y que regule por sí misma la saturación de instancias producida por la ley soberana. Esta tecnología del liberalismo se dirige a corregir las anomalías que producen la intromisión de la ley y las agencias del Estado en la lógica del mercado. Sin embargo; siendo un rasgo clave del liberalismo el ejercicio de una reflexividad crítica, orientada a denegar toda finalidad propia a la esfera gubernamental, sus respuestas fueron pragmáticas, respondiendo de acuerdo a las urgencias socio-históricas. Eso es lo que ha llevado, en las primeras décadas del siglo XIX a la aceptación, a la conformidad, con la actividad parlamentaria –pero delimitando sus alcances con umbrales precisos—. Esa búsqueda ha desembocado en el recurso a la Ley para que opere como regulador con la ventaja, para la perspectiva liberal, de que involucra a quienes elaboran la norma, se apela al poder consensual de importantes segmentos sociales.

Cuando un medio social es atravesado por “crisis de racionalidad” de carácter sistémico, las instituciones del Estado alcanzan un bajo nivel de desempeño (*performance*) o sus agencias se convierten en espacios tácticos de operadores que han acumulado capacidad de dominio diferencial mediante el ejercicio de poderes fácticos y discrecionales. En esas condiciones tales organizaciones pueden mantener su amenazada identidad apoyándose precariamente en el orden de sus “estructuras disipativas”^v, particularmente en un medio dominado por los procesos de descodificación y por la aleatoriedad.

Si en las instituciones se desencadenan procesos que llevan a la *metamorfosis en las prácticas instituidas*, las características de los agentes y las relaciones entre sí se transforman. Las vinculaciones con las normas, y sus articulaciones con las materialidades significantes de los espacios de interacción otrora organizados de modo más estable. En suma, la mutación de las *condiciones de posibilidad* para la producción de subjetividades institucionales produce graves interferencias en la *constitución de sujetos éticos* y consecuentemente en la institucionalización de *ciudadanía*.

Cuando una institución en tanto “red simbólica socialmente sancionada”, de acuerdo a la definición que nos legó Castoriadis, entra en crisis profunda, pierde intensidad su capacidad constitutiva de sujetos acorde a las legalidades del campo social de pertenencia que la ha precedido. Con las instituciones en estado de metamorfosis, la potencia simbólica de los *actos de habla performativos* y su capacidad de producir efectos de realidad, su poder de estatuir sujetos, se debilita. Actos de habla

como acordar; prometer, declarar, ordenar, comprometerse, jurar, etc., pierden la potencia que, como ha mostrado Pierre Bourdieu (1985), *brotó de la institución* no sólo del lenguaje. Si la institución está en crisis pierde legitimidad y sus directivas y cursos de acción se tornan randómicos, pues la “probabilidad de encontrar obediencia” (como define Weber a la dominación legítima) disminuye hasta un grado que pone en cuestión la legitimidad del orden instituido. El cumplimiento de sus reglas se vuelve aleatorio, se quiebra el eje de la verticalidad e incrementa la segmentación interna y los sujetos modifican su posición en relación a la norma. La consecuencia es que estos procesos afectan la capacidad de producción-reproducción de los espacios sociales. En esos casos la palabra y el interaccionar institucional se vuelven sólo representación de juegos que alguna vez constituyeron una *forma de vida* institucional relativamente estables. En otros tiempos, sus reglas habilitaban un despliegue coreográfico serio y transparente, pues el orden de su composición se anudaba a la creencia colectiva de que ese era un orden legítimo. Incluso las luchas y los enfrentamientos en el poli segmentario campo social se producían sin que se borrasen del todo los rasgos identitarios de los órdenes institucionales. Tal es el caso de la “sociedad del salariado” antes del pasaje a la sociedad neo-liberal. Es esta pérdida de legitimidad, en sus desplazamientos, la que puede llegar a inscribirse en los espacios de socialización del *mundo-de la vida*, afectando en consecuencia las posibilidades de orientación de la acción social y las herramientas requeridas para el ejercicio del gobierno de sí.

La demanda social, emergiendo de un campo cruzado por fuerzas que producen anomia generalizada, interpela a las instituciones de seguridad social, a los sistemas educativos, al orden jurídico y sus agencias, a las instituciones del salariado, de la salud, etcétera. Se generan tensiones que potencian la crisis de legitimidad del Estado cuando las luchas siguen los cursos de acción que están guiados por el *retorno a la ley*, al dominio político y jurídico teniendo por objetivo el cumplimiento efectivo de los *Derechos Humanos de segunda o de tercera generación*.

Sin embargo, como hemos señalado más arriba, el ejercicio de las tecnologías del gobierno de sí requiere la existencia de los recursos y los límites que ofrece un determinado tipo de dominación. Lo que en general podemos denominar *competencias* en el orden cultural, acceso o capacidad de escucha para determinados “lenguajes” *sociales*^{vi} como el de la medicina, la educación, o, como el que estamos viendo, correspondiente al campo jurídico. Se trata de conocimientos integrados en el mundo-de la vida y convertidos en acervo cultural “de sentido común”. Las competencias que deben poseer los agentes para realizar las operaciones pertinentes sobre su cuerpo; sus comportamientos, sobre las acciones e interacciones requeridas por el cuidado de sí, demandan esa acumulación de conocimientos, destrezas y “técnicas del cuerpo” involucradas en la posesión de *capital cultural*, en términos de Pierre Bourdieu, lo que requiere un umbral determinable en cada campo social de

herramientas materiales.

La institución del campo jurídico como un todo, que incluye al sistema legal formal, se entrama en el *orden de dominación*, de modo que las nociones, conceptos, esquemas cognitivos y orientaciones son componentes del campo de posibles para las operaciones de agenciamiento de los individuos en las prácticas hermenéuticas cotidianas; agenciamientos de “precomprensión” del mundo-de la vida. Se generan e instituyen así *modelos interpretativos* de situaciones que implican cuestiones de orden jurídico y esta dimensión, por convención o por estar formalmente estatuida, entra en los juegos de las prácticas del cuidado de sí.

Las sociedades actuales, que se estatuyen en el seno del nuevo agenciamiento histórico de la globalización, transforman las características y relaciones de los campos de poder y del orden jurídico, en el que entran en juego nuevas normas derivadas de la mayor densidad alcanzada hoy por las producciones de la denominada *lex mercatoria*^{vii}, regida por el principio universalista ínsito en su genealogía y que, en su especificidad, atiende a sus estructuraciones internas y a las lógicas del comercio internacional, no a las disposiciones de las legislaciones propias del Estado-nación. Puntuemos algunas cuestiones vinculadas con estos cuerpos normativos y las formaciones institucionales concomitantes, en proceso de expansión y complejidad crecientes.

CONVENCIONES TRANSNACIONALES Y CONTEXTOS ETNOGRÁFICOS NACIONALES.

Los convenios y acuerdos formalizados entre poderes transnacionales y los Estados-nación actuales, dadas sus implicaciones mutuamente referidas, requiere pensar esas relaciones como “envolventes” (enfolding), pues como ya ha sido señalado la analogía para describir esa mutua implicación es la figura del holograma. Los procesos de globalización y de extensión del neoliberalismo han implicado, entre otras, la apertura de las siguientes problemáticas:

--Hasta la segunda mitad del siglo XX el dominio de existencia del capitalismo estaba garantizado por el agenciamiento (“ensamble”) de los Estados-nación emergentes de la Modernidad Temprana.

--Terminada la Segunda Guerra Mundial estos Estados nacionales fueron incluidos en un sistema que procuraba ordenar el caos (Breton Wood) encuadrando las luchas por la hegemonía en el campo ofrecido por la conformación internacional de los Estados-nación.

--El neoliberalismo surge en ese contexto de posguerra, en el que se debate las características y alcances del ordoliberalismo. Debate que había sido interrumpido por la guerra.

--Se despliegan dos modelos de liberalismo que se expresan como diferenciados: el modelo europeo y el estadounidense. Sin embargo hay argumentos válidos para sostener que se trata de diferencias de grado y de diversidad en las respuestas dadas en consideración a los distintos contextos históricos, y no de dicotomías en los lineamientos estructurales básicos.

--El Estado de Bienestar con sus políticas de planificación sobre la base de la economía keynesiana, es uno de los blancos del debate del liberalismo crítico.

--En el último tercio del siglo XX, globalización y neoliberalismo han sido impuestos discursivamente como mutuamente implicados, de modo que el montaje y despliegue de un agenciamiento histórico como es la globalización, cuya relevancia es comparable con el de la Revolución Industrial, ha sido impuesto como articulado e incluso como fundado en el neoliberalismo. En consecuencia este y el proceso de globalización han sido inscriptos en el imaginario social, en buena medida, como una composición única; operación discursiva de gran alcance y que debe ser deconstruida (PETRELLA, 1996).

--Uno de los efectos de este triunfo discursivo del neoliberalismo es haber investido a un ensamble histórico singular –el de Territorio-Autoridad-Derecho de la sociedad globalizada—, con un único modo de orientación estratégica posible, identificando en consecuencia neoliberalismo con *necesidad histórica*. De allí la lucha para sostener como inevitable y universal los lineamientos básicos del diseño estratégico neo-liberal. Desplaza del mundo de lo posible a toda otra respuesta emergente de los campos de lucha que se producen en los escenarios locales.

El dominio de la ecología social en que se engendran las formas de subjetividad se encuentra atravesado por normas y disposiciones inscriptas en legislaciones y modelos semióticos de la sociedad global. Las operaciones de clausura y acople entre los sistemas sociales dejan de estar caracterizadas por codificaciones rígidas, de modo que dado que las líneas de significación institucional entendidas como líneas de fuerza están mediadas simbólicamente, los *procesos de transducción* que corren transversalmente por los distintos contextos de la ecología social producen espacios de interacción trans-situacionales. Los significantes, los símbolos y la interpretación de los mismos fluyen y se inscriben en distintos contextos de acción, en una multiplicidad de espacios con fronteras difusas entre las escalas nacionales, transnacionales y subnacionales.

Las conexiones reticulares por las que circulan significaciones simbólicas y materiales producen interferencias, quiebres y mutaciones en las instituciones que configuran el Estado-nación proveniente de la Modernidad Temprana. Sin embargo no habría una subsunción mecánica del Estado-nación respecto a las formaciones supranacionales. Entidades del mercado transnacional operan articuladas a estrategias de los Estados nacionales, que siguen ejerciendo poderes centralizados y el monopolio de la violencia legítima. Avatares de los flujos financieros, directivas de los acuerdos con organismos internacionales, modelos de gestión y organización que circulan en niveles multiescalares son posibles por la existencia de las TIC, la digitalización de la economía y la expansión de la cibercultura. Los Estados nacionales intervienen mediante disposiciones legales, normas de carácter financiero y decisiones de regulación o desregulación comercial que articulan

procesos en diferentes escalas.

De modo que los estados nacionales por efectos de la globalización difuminan sus fronteras procurando formar bloques regionales, ceden soberanía y pierden o modifican funciones legadas de agenciamientos que conformaron el Estado-nación moderno. Pero simultáneamente refuerzan poderes particulares (ejecutivo; judicial), disminuyen o se debilitan otros poderes (legislativo) y estos campos de poder estatal emergentes en los nuevos contextos fortalecen sus capacidades de articulación con las formaciones transnacionales.

GUBERNAMENTALIDAD Y TECNOLOGÍAS DEL YO. EL CUIDADO DE SÍ COMO PRÁCTICA DE LA LIBERTAD.

Hemos bosquejado la trama compleja de hibridaciones en que se despliegan, repliegan y anudan componentes de la sociedad global. Señalamos que, simultánea o sucesivamente, se efectúa el desmontaje y re-agenciamiento multi escalar de los componentes de territorio, autoridad y derechos, (SASKIA SASSEN, 2007). Las condiciones de existencia para el ejercicio del Cuidado de Sí, en lo referente al Orden Jurídico, se inscriben en esta *figuración histórica* –de acuerdo al concepto de Norbert Elías –, constituida por líneas de fuerza heterogéneas que posibilitan la producción-reproducción de subjetividades.

Este escrito, a modo de esbozo de un mapa de navegación nocturna ha procurado señalar un mínimo de las condiciones de existencia que establecen límites al *ejercicio jurisdiccional* del Cuidado de Sí en sociedades complejas como las actuales. Esto es válido en particular por la heterogeneidad de las formas del derecho y las formaciones institucionales, que entran montajes transnacionales con espacios de escala nacional e incluso subnacionales, hegemonizados por las prácticas y la cultura neoliberal.^{viii}

Dado el carácter actual del neoliberalismo, que tiene como objetivo estratégico no sólo imponer un modelo económico y cultural, sino además instituir una *subjetividad inmanente* –y este es un *acontecimiento* histórico en el sentido que otorga Foucault a este concepto^{ix}–, fundada en la lógica del mercado. El Cuidado de sí, como práctica ética, se presenta “problemática” pues el trabajo sobre sí se orienta en un campo de posibles cuya “substancia moral” en las sociedades actuales va siendo trabajada por la cultura del neoliberalismo. En ese sentido las pautas culturales y los sujetos producidos en el dominio de la Ecología Social y de la Mente (GUATTARI, p. 2000) requieren una mirada antropológica.

Recientemente Christian Laval (2018) prolonga la perspectiva del último Foucault, en el sentido de sostener que el capitalismo implica no sólo un modo de producción económico-social, sino también la *producción de hombres*, tesis que ya había sido formulada por Marx. De ahí la pertinencia de

subrayar lo postulado por Paul Valery, respecto a que el ejercicio del poder demanda instalar una *idea de hombre*, una construcción imaginaria de las cualidades que se les demandarán a quienes se quiere constituir como sujetos de gobierno. El neoliberalismo pugna por producir agentes cuyos rasgos se inscriben en la constelación de ese gran organizador del campo socio cultural del neoliberalismo que es *la empresa*. Esto implica que la figura que el poder neoliberal propone para el trabajo ético, para producir al “sujeto neoliberal”, es el “sujeto empresarial”, como materialización de la sustancia ética promovida por la cultura neoliberal. ¿Cuáles son algunos de los rasgos que caracterizan a la mencionada sustancia moral?

Siguiendo la lógica de la empresa como forma, el sujeto debe orientar la gestión de sí mismo de acuerdo a la primacía de la competencia. Convertirse en un empresario de sí mismo implica incrementar la valoración de sí de acuerdo al concepto de gerenciamiento del “capital humano”. Para ello debe regirse por el principio de eficiencia y la razón del cálculo y la medida, pues una buena “performance” requiere la implicación afectiva y el uso eficiente de herramientas cognitivas que deben actualizarse constantemente. De allí la búsqueda de “formación permanente” a qué se ven compelidos los sujetos de la sociedad de control para seguir en el movimiento de las cosas (*surfeo* entre fuerzas en constante movimiento), y también actualización constante para encarar lo segmentario e inacabado de las trayectorias de la *forma de vida* (“bios”) actual en la que, contrariamente a la sociedad disciplinaria –escolarización-profesionalización-vida de carrera–, siempre se está empezando. Trayectoria inacabada ya señalada por Deleuze en el conocido *Pos Scriptum* sobre las sociedades de control (1999). El sujeto que se produce a sí mismo está relacionado con la norma que obliga a ir “más allá de sí mismo”, pues la lógica de la performance está articulada a la *cultura de resultados* (LAVAL, p. 2018) la que, a su vez, expresa a la institución del mercado con sus normas, reglas, y a priori conceptuales.

De modo que, como esperamos haber puntuado adecuadamente, el ejercicio de las tecnologías del yo enlazado a las tecnologías sociales se despliega en un *medio social* en el que el Orden Jurídico y su codificación en las instituciones del Derecho positivo son constitutivos de la ecología social y, en consecuencia, de los contextos etnográficos.

Las sociedades de control, o de “seguridad” de acuerdo a la denominación de Foucault, tienen como característica diferencial respecto a la sociedad disciplinaria, que el ejercicio del poder ahora se ejerce en el *medio ambiente social*, en espacios abiertos, y sus operaciones se realizan a distancia. El poder actual no toma a los cuerpos como blanco de los dispositivos de disciplinamiento para realizar la operación anatómico-política de normalización y generación de cuerpos dóciles. En la sociedad hegemonizada por el neoliberalismo, el poder opera más sobre las reglas de los juegos de poder que sobre los juegos mismos.

El medio social es en consecuencia el territorio en el que localizamos, no exhaustivamente, las condiciones de existencia que se tornan visible en el despliegue de la gubernamentalidad contemporánea y en las demandas del Cuidado de Sí. Allí se distribuyen las fuerzas en pugna y la trama rizomática de las operaciones discursivas y extra discursivas que pretenden imponer la validez de sus significaciones. Es la lucha por constituir *poder jurisdiccional* procurando su anclaje en el Derecho positivo. Un escenario trascendente a lo local, por lo que hemos visto, ya que cualquiera fuere el estatuto de una línea de fuerza –costumbre, modo estatuido, o convención, e incluso norma sancionada e incorporada a la dogmática jurídica—, este siempre se expresa de modo multiescalar y multidisciplinar, como ya vimos en los aportes de Saskia Sassen. Y es allí, en ese medio social complejo e indeterminado, en que el pensamiento neoconservador pugna por imponer el nuevo proceso de subjetivación producido desde múltiples ámbitos institucionales. El medio social presenta las características ya descritas: a) el espacio social trasciende todo ámbito local; b) la conectividad es transnacional y multiescalar; c) el dominio jurídico distribuye el poder de sus códigos más formalizados de modo heterogéneo en el escenario multiescalar; d) aún sin contar con la fuerza coactiva formal del Derecho positivo, convenciones y acuerdos transversales están sostenidos por poderosos campos de fuerzas económicas y políticas; e) el Derecho en las sociedades tardo-modernas, presenta, entre otras características, la pérdida de cualidad sistémica, la inclinación a derivar hacia “sistemas en estado disipativo” (GRÜN, 1999); f) las respuestas a esta inclinación se produce en los “bordes del caos”, apelando a la espontaneidad y a la auto organización; g) la orientación estratégica global del neoliberalismo procura el control de los flujos de información y de los flujos financieros.

Los contextos económicos locales están conectados a espacios comerciales y financieros transnacionales, de modo que la interacción se produce en entornos no inmediatos, en una territorialidad transfronteriza. En los procesos de desnacionalización el ordenamiento estatuye normas, reglamentos, acuerdos políticos y convenciones extraoficiales. Tales significaciones presentan homogeneidad de formas de normalización que se observan en los informes financieros o de gestión, como también en los mecanismos de supervisión y evaluación de programas y proyectos.

La estrategia neoliberal de producción de subjetividad juega su eficacia en los contextos inscriptos en los ensambles globales y en la realización del cuidado de sí orientado a la producción-reproducción de un sujeto-empresario-de sí mismo cuyo trabajo reflexivo es direccionado para que el ejercicio del cuidado de sí no tenga distancia respecto a los códigos morales del neoconservadorismo. Recordemos que en Foucault el concepto de cuidado de sí apunta a la ética como relación de los individuos consigo mismos, a la práctica reflexiva para auto constituirse como sujetos morales; pero no suscribe la concepción de la ética como moral, que tiene sus códigos y prescripciones con pretensiones de validez universal. El neoliberalismo empuja a instituir “su sujeto” modelado de

acuerdo a las prescripciones de la moral emanada de lo que, para ese discurso, es el *alma* universal a instituir. La *competencia* como mandato instalado en la cultura, el modelo empresarial como objeto para la mente y como matriz para las identificaciones colectivas, son planteados como aquello que es constitutivo de una *forma de vida*, como un modo de existencia y de ejercicio del gobierno de sí. Margaret Thatcher lo ha explicitado al sostener que la economía es el método; pero el objetivo es “cambiar el alma”. Cambiar el alma implica trabajar la sustancia moral incuestionable y única postulada por el neoliberalismo.

Sin embargo, el medio social de las sociedades de control es un inédito conglomerado de fuerzas en expansión, e indeterminado, en el que las series heterogéneas alinean elementos aleatorios. El medio social, comprendido como un espacio de *acontecimientos* más que de sistemas o estructuras, se caracteriza por la proliferación de *múltiples mundos posibles* (LAZZARATO, 2006), siguiendo la lógica de la multiplicidad y la diferencia. Las singularidades poseen la potencia asignada a las mónadas tardeanas: singularidad, creatividad, interpenetración; inmanentes a las dinámicas de la multiplicidad. El mundo presenta múltiples singularidades y múltiples mundos posibles que pugnan por realizarse al mismo tiempo (LAZZARATO, 2007; 2008).

La lucha por imponer significaciones entra en los juegos de generación de valores, costumbres, acuerdos y convenciones que se van constituyendo en el orden jurídico, aún cuando no todas esas producciones alcanzan a inscribirse en los cuerpos del Derecho positivo. Sin embargo ya vimos, con muchas expresiones implícitas en la Lex Mercatoria que ello no les resta eficacia a las formas jurídicas multiescalares, particularmente si se articulan a poderosas máquinas de poder. En cualquier caso asume máxima relevancia el concepto de *jurisprudencia*, tal como lo ha trabajado Deleuze (1996, p. 265 ss.), el abordaje de problemas concretos, en situaciones que demandan la creatividad de colectivos particulares, la acción política no circunscripta a los círculos de especialistas. La consulta a la colección de jurisprudencia disponible, no al dominio abstracto de la Ley pues es la jurisprudencia la que tiene capacidad para generar derecho. Queda puesta de relieve la dimensión política y ética de las prácticas sociales, pues se trata de juegos de fuerza capaces de crear *procesos instituyentes*. La concepción tradicional de la política vinculada al modelo jurídico y al Estado, a la norma y al contrato, es enfrentada por la perspectiva que ofrece la jurisprudencia. Los casos específicos, las situaciones novedosas, son trabajados gracias a la función interpretativa de la jurisprudencia, que toma en consideración preceptos jurídicos dados y crea nuevos contenidos materiales para los casos futuros. Este desafío activa inmediatamente las siguientes preguntas: ¿Quién ejerce la “iuris-dictio”? ¿Quiénes y cómo producirán la “composibilidad” de algún/os de los múltiples “mundos posibles”? El trabajo reflexivo, las operaciones hermenéuticas requeridas por la jurisprudencia y la generación de instituciones, comprometen a sujetos colectivos. Es en ese sentido

que Deleuze nos dice que esa tarea no debe quedar en manos de especialistas y de magistrados.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En este escrito hemos considerado a los espacios institucionales desde la perspectiva constructivista de las ciencias sociales. El concepto de "constitución de la sociedad", desarrollado en la teoría de la estructuración de Giddens, posibilita pensar la *constitución social* como un proceso de producción-reproducción de los espacios institucionales en virtud de la capacidad de la agencia humana para crear y reproducir las realidades sociales. Los agentes sociales activan sus capacidades interpretativas tomando los recursos materiales, los procedimientos y las reglas institucionales para producir la trama social en la que se producirán a sí mismos como sujetos. Desde el punto de vista metodológico seguimos los aportes del análisis institucional multirreferencial y de la sociología del conocimiento, en particular agenciando el concepto de "configuración" que como se sabe desarrolló Norbert Elías en *El proceso de la civilización* (1939, p. 1987).

A lo largo del artículo hemos realizado puntuaciones en la ecología social identificando expresiones significativas de *acontecimientos* que se presentan como juegos de efectos productores de sentido. Ello nos ha permitido señalar lo relevante del campo jurídico en la constitución del orden de dominación legítimo en el que se despliegan las condiciones de existencia para la constitución de los procesos de subjetivación. Las líneas de significación vinculadas con el orden jurídico nos permitió señalar el estatuto que asumen, en las sociedades tardo-modernas, las nuevas formas jurídicas que operan en el horizonte de la globalización hegemónica por el neoliberalismo

Las indagaciones para explorar y describir acciones e interacciones en los ámbitos institucionales locales, en el marco de instituciones singulares y concretas, nos ha llevado a focalizar la atención sobre las problemáticas de orden jurídico que insistentemente circulan transversalmente en ellos. En consecuencia y en consideración a la capacidad de las convenciones, reglas y normas para devenir fuerzas constitutivas del orden social instituido, subrayamos la eficacia del orden simbólico para estatuir campos reglados de prácticas y sus correspondientes lenguajes. La configuración socio-histórica que se despliega e incluye al orden jurídico ha demandado tomar en consideración los conceptos de *dominación* y de *gubernamentalidad* con el propósito de identificar líneas de significación que juzgamos relevantes para la constitución de la ecología social y para describir la especificidad que asumen las actuales formas de ejercicio del poder. Caracterizar el último ensamble histórico de territorio, autoridad y derecho (la sociedad tardo-moderna y globalizada) nos ha permitido indicar condiciones de existencia para las prácticas de gobierno, entre ellas las vinculadas a las tecnologías del yo, el cuidado de sí.

Subrayamos a lo largo del trabajo, de manera tácita o explícita el papel productivo de los agentes que producen la estructuración de realidades múltiples. Como esto implica la configuración de órdenes

institucionales, hemos señalado que las características de la *dominación* son determinantes para brindar las condiciones de posibilidad para el Cuidado de Sí. Y dado que las formas de *gubernamentalidad* son constituyentes del medio social, entran en relaciones complejas e indeterminadas con el ejercicio de las tecnologías del yo implícitas en las prácticas de los agentes. El concepto de gubernamentalidad, como dijimos antes, es un concepto clave que designa, más que un sistema de organizaciones de gobierno, a un entramado de poder difuso pero eficiente que mediante ordenes, indicaciones o diversos modos de afectar los cuerpos y las mentes –como los que ejercen los medios de comunicación y las expresiones del arte—, se enlazan a las acciones de diversas personalidades legitimadas en el orden social, como médicos, docentes y responsables de distintos órdenes institucionales. Estas figuras tienen la *capacidad de generar acuerdos*, de ser *escuchadas* y orientan o imponen comportamientos aceptados como legítimos. Los individuos modelan sus acciones e interacciones envueltos en un marco de aceptabilidad global y conduciéndose a sí mismos.

Por tanto el ejercicio de las técnicas del yo se efectúan en emplazamientos brindados por las formas de conducción globales, de modo que el cuidado de la salud, las prácticas de higiene, la crianza de los niños, la adquisición de competencias laborales, el acceso inclusivo al conocimiento formal, etcétera, conectan el cuidado personal del cuerpo con el consultorio médico y sus ordenes de tratamiento con las posibilidades económicas de pacientes y usuarios; las preceptivas de los profesionales con los sistemas de categorías del orden médico, con el orden simbólico clasificatorio y los *habitus* incorporados a la cultura y materializado en la ecología de la mente de los sujetos de la medicina moderna.

Como hemos puntuado, la cultura del discurso neoliberal ha generado una figura, un perfil de hombres y mujeres a los que pugna por imponer como emergentes de una subjetivación única. En ese sentido la mostramos como una fuerza transversal implicada en una estrategia integral de poder. Sin embargo, la proliferación de mundos posibles implica que multiplicidad de singularidades pujan por realizarse simultáneamente. Los juegos de fuerza involucran a todas las singularidades ejerciendo sus poderes y proyectos heterogéneos, ya no regulados por ningún poder hierocrático que habilite el paso de los múltiples mundos posibles a la realización de uno sólo de ellos.

En consecuencia mantuvimos como válida la proposición de que el despliegue de la gubernamentalidad, las tecnologías de gobierno y el ejercicio del cuidado de sí, se inscriben en un dominio sociohistórico que instala sus propias condiciones de existencia. De modo que es en ese medio en el que se producen los enfrentamientos y tensiones en el que se genera la reproducción de lo instituido, sus modos, sus posibles líneas de fuga y su potencia instituyente. Hemos efectuado algunas conexiones de sentido señalando que en el medio social actual la producción de subjetividad

y su *institucionalización* –el proceso instituido-instituyente—se juega en ese campo de fuerzas. El dominio jurídico, sus convenciones y acuerdos regulados; sus normas incorporadas al derecho positivo en distintas escalas, se muestran como componentes constitutivos de las condiciones de existencia para los desafíos de las *luchas por sentar jurisprudencia*. Las líneas de fuerza de la hegemonía neoliberal operan mediante multiplicidad de recursos de poder; pero, como hemos señalado, la generación de mundos posibles y la pugna de las singularidades por realizarlos confrontan con esas aspiraciones de un mundo único y totalitario. El propósito del trabajo que estamos concluyendo, y al que daremos continuidad en el desarrollo de proyectos de indagación futuros, ha sido producir significaciones mediante un esbozo cartográfico pertinente para ponerlo al servicio de los proyectos de investigación orientados a las problemáticas del Cuidado y calidad de vida democráticos.

*El Programa de investigación se denomina "Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socio-culturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos". Dirección Dra. María Cristina Chardon. Corresponde a la convocatoria UNQ-I+D 2015. Los Proyectos investigan respectivamente sobre metamorfosis y cuidado en las familias; las problemáticas del descuido; las opciones de vida "trans"; problemas del cuidado en educación sexual; ocupación y ocio en víctimas de catástrofes y representaciones de los estudiantes en carreras de Salud.

¹ Nociones tomadas de los aportes de Gilles Deleuze y agenciadas por el autor del presente trabajo en la ponencia denominada "Descodificación, flujos y modulación en la 'caja de herramientas' socioanalítica" (2011).

² Cfr. Foucault, M.(2009), *La Hermenéutica del Sujeto* (2000), Buenos Aires, FCE, p. 217.

³ Castoriadis, Cornelius (1988) "Lo imaginario: la creación en el dominio socio-histórico", en *Los dominios del Hombre. Encrucijadas del laberinto*, Barcelona, Gedisa,

⁴ La Escuela de Friburgo, en el ámbito de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, articulaba los desarrollos de la ciencia jurídica y de la economía. Debido a la relevancia que otorgaban sus principales figuras al orden constitucional y al desarrollo del mercado, eficiente y competitivo, como ordenador social, los integrantes de esta escuela fueron caracterizados como promotores de un "liberalismo del orden" y se los denominó "ordoliberales". La Economía Social de Mercado, desarrollada en la Alemania de pos guerra, ha sido una de sus derivaciones.

⁵ Como se sabe este es un concepto de Ilya Prigogine, que permite dar cuenta de sistemas alejados del equilibrio.

⁶ Luhmann, Niklas (1990), *Sociedad y Sistema: la ambición de la teoría*, Paidós 1990.

⁷ La Lex Mercatoria, que tuvo su emergencia en la Edad Media, se asentaba en usos y costumbres contractuales entre comerciantes. Ya en el siglo XV se aceptaba que las disputas entre mercaderes debían juzgarse de acuerdo a dicha Ley, concebida como ley natural, es decir universal. Desplazada por las codificaciones del Derecho racional moderno, en la actualidad la Lex Mercatoria constituye un cuerpo normativo aún inacabado que se puede distinguir de los derechos positivos de los Estados nacionales.

⁸ El "retorno" de la Lex Mercatoria puede ser concebido como un analizador institucional que permite visualizar las transformaciones de las configuraciones de poder surgidas en la posguerra, asentadas en la figura del Estado-nación, y su deslizamiento hacia la sociedad global hegemonizada por el neoliberalismo. El peso de la convención ejercida por fuerzas transnacionales opera en espacios abiertos e inacabados; de modo que las operaciones realizadas en distintas escalas – nacionales o subnacionales— alcanzan legitimidad y eficiencia mediante convenciones, incorporadas o no a la dogmática jurídica de los Estados nacionales.

⁹ Recordemos que el "acontecimiento", para Foucault, no se confunde con la materialidad de las cosas, no es sustancia, ni accidente; pero tampoco es inmaterial, pues se efectúa en la materia. Es efecto de juegos de fuerza de elementos materiales. Ver una aproximación en *El orden del discurso*, p. 57.

REFERENCIAS

- BATESON, G. **Pasos para una ecología de la Mente**. Buenos Aires: Ed. Lohle, 1985.
- BERTELLI, S. **Il Corpo del Re. Sacralità del potere nell'Europa medievale e moderna**. Firenze, 1995.
- BOURDIEU, P. **Les Sens Pratique**. Paris : Minuit, 1980.
- _____ **¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos**. España: Akal, 1985.
- CASTORIADIS, C. **Los dominios del Hombre**. Encrucijadas del laberinto. Barcelona: Gedisa, 1988.
- CASTEL, R. **Les métamorphoses de la question sociale**. Paris, Fayard, 1995.
- CASTRO, E. **El vocabulario de Michel Foucault**. Buenos Aires: Prometeo-Universidad Nacional de Quilmes, 2004.
- DELEUZE, G. Política, en **Conversaciones**. Valencia, Editorial, Pre-Textos, 1996.
- _____ Post-scriptum sobre las sociedades de control", en **Conversaciones**. Valencia, Editorial, Pre-Textos, 1999.
- DELEUZE, G. y PARNET, C. Políticas. En **Diálogos**. Valencia, Ed. Pretextos, 1980.
- DREYFUS y RABINOW. **Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica**. Buenos Aires, Nueva Visión.
- ELIAS, N. **El proceso de la civilización**. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. FCE, 1987.
- FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad 2: El uso de los placeres**. 2ª-ed. Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.
- _____ **Historia de la sexualidad 3: la inquietud de sí**. 2ª-ed. Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.
- _____ **La Hermenéutica del Sujeto: Curso en el College de France (1981- 1982)**. Buenos Aires: FCE, 2009.
- _____ **Nacimiento de la biopolítica**. Curso en el College de France (1978-1979). Buenos Aires: FCE, 2007.
- _____ **La Hermenéutica del Sujeto**. Buenos Aires: FCE, 2000.
- _____ **Saber y verdad**. Madrid: La Piqueta, 1985.
- _____ La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad, Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fonet-Betancourt, Helmut Becker y Alfredo Gómez-Muller. Publicada en la **Revista Concordia**, n. 6, 1984, p.96-116.
- GIDDENS, A. **La constitución de la sociedad**. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- GRÜN, E. Derecho y caos: sobre la actual y futura evolución del derecho. **Revista Telemática de Filosofía del Derecho**, n. 3, 1999/2000, p. 31-36.
- GUATTARI, F. **Las Tres Ecologías**. España: Pre-Textos, 2000.
- HABERMAS, J. **Problemas de Legitimación en el capitalismo tardío**. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.

KEENY, B. **Estética del cambio**. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.

LAZZARATO, M. **Políticas del Acontecimiento**. Buenos Aires: Ed. Tinta Limon, 2006.

_____. El acontecimiento y la política. La filosofía de la diferencia y las ciencias sociales." En PARDO, Mónica Zuleta; CUBIDES, Humberto y ESCOBAR, Manuel Roberto(Ed.) **¿Uno solo o varios mundos? Diferencia, subjetividad y conocimientos en las ciencias sociales contemporáneas**. Bogotá: Ed. Siglo del Hombre, Universidad Centro. Open Edition Books, 2007.

_____. La neo-monadología de Gabriel Tarde; hacia una teoría del acontecimiento. En **Revista Observaciones Filosóficas**, n.7, 2008. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/205374>

LAVAL, C. Antropología del sujeto neoliberal, Presentación de Ch. Laval en "Pensar con la Antropología". Laboratorio Sophiapol, marzo de 2015. Universidad de Paris Oeste, Nanterre La Défense. En **Revista La libertad de pluma**. n. 4, año 1, 2018. Disponible: <http://lalibertaddepluma.org/christian-laval-antropologia/?pdf=1595>

LOTMAN, J. M. **Semiótica de la Cultura y la Escuela de Tartu**. Madrid: Ed. Cátedra, 1979.

LUHMANN, N. **Sociedad y Sistema: la ambición de la teoría**. Buenos Aires: Paidós, 1990.

MONTENEGRO, R. Crisis existencial: Campos de posibles y cursos de acción colectiva. En **Memorias de las X Jornadas de Investigación**. Salud, educación, justicia y trabajo. Publicado por la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, 2003.

_____. **Descodificación, flujos y modulación en la 'caja de herramientas' socioanalítica**. Ciudad de Mar del Plata, CD-ROM- GIEP –Grupo de Investigación, Escritura y Productividad, v. 1 Parte III: "Política". ISBN: 978-987-544-393-8. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2011.

OSZLAK, O. (comp.). **Teoría de la burocracia estatal**. Buenos Aires: Paidós, 1984.

PETRELLA, R. (Compilador). **Los límites a la competitividad**. Cómo se debe gestionar la aldea global. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes-Editorial Sudamericana, 1996.

SEARLE, J. **La construcción de la realidad social**. Barcelona: Paidós, 1997.

SCHÜTZ, A. **La construcción significativa del mundo social**. España: Paidós, 1993.

SASKIA SASSEN. **Una sociología de la globalización**. Buenos Aires: Ed. Katz, 2007.

VON FOESTER, H. Construyendo una realidad. En WATZLAWICK P. (Ed.). **La realidad inventada. ¿Cómo sabemos los que creemos saber?** Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 38-56.

WEBER, M. **Economía y Sociedad. Esbozo de una sociología comprensiva**. FCE, 1992, 1994, 1944.

A Precarização do Trabalho e da Vida dos Profissionais de Saúde Que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) de Niterói¹

The Precarization of Work And Life of The Health Professionals Who Act in The "Programa Saúde Na Escola" (School Health Program) (PSE) of Niterói

La Precarización Del Trabajo Y De La Vida De Los Profesionales De Salud Que Trabajan En El Programa De Salud Escolar De Niterói (PSE)

Ranulfo Cavalari Neto

UFF

Niterói, RJ-Brasil

ranulfo-z3@hotmail.com

Sônia Maria Dantas Berger

UFF

Niterói, RJ-Brasil

sdantasberger@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste artigo foi discutir a precarização do trabalho e da vida, a partir da percepção dos profissionais do setor saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói inseridos no Programa Saúde na Escola (PSE). Admitiu-se a "precarização do trabalho" como tendo uma origem num processo maior, chamado de "precarização social", principalmente de alguns grupos sociais. Trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa com profissionais de saúde do PMF, utilizando-se entrevistas semiestruturadas e observação participante. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, resultando em três categorias temáticas: a racionalidade produtivista produzida pela sociedade e reproduzida no PMF; a precarização da vida de mulheres; e a precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se que as conjunturas política e econômica interferiram na gestão local dos recursos humanos no SUS, trazendo graves consequências como o desmonte e a fragilização no modelo da Atenção Básica originalmente proposta para ser implementada no âmbito de um sistema universal de saúde. O cenário encontrado identificou limites para a consolidação das práticas intersetoriais de saúde na escola e alcance dos objetivos esperados para o PSE.

Palavras-chave: *profissional de saúde; serviços de saúde escolar; relações trabalhistas; trabalho.*

ABSTRACT

The objective of this article was to discuss the precariousness of work and life, based on the perception of the health sector professionals who work in the (Family Medical Program - Programa Médico de Família) (PMF) in Niterói as part of the (HEALTH AT SCHOOL PROGRAM - Programa Saúde na Escola (PSE)). "Precarization of labor" was admitted as having its origin in a larger process, called "social precarization", mainly of some social groups. It is an excerpt of a qualitative research with PMF health professionals, using semi-structured interviews and participant observation. The data were analyzed through Content Analysis, resulting in three thematic categories: the productivist rationality produced by society and reproduced in the PMF; the precariousness of women's lives; and the precariousness of work in the (Sistema Único de Saúde (SUS) - Unified Health System UHS). It was observed that the political and economic conjunctures interfered in the local management of the human resources in the UHS/SUS, bringing serious consequences such as the dismantling and the fragilization in the Basic Attention model originally proposed to be implemented within the scope of a universal health system. The moment identified limits for the consolidation of intersectoral health practices at school and achievement of the objectives expected for the PSE.

Keywords: *health personnel; school health services; labor relations; work.*

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue discutir la precariedad del trabajo y la vida, basada en la percepción de los profesionales del sector de la salud que trabajan en el Programa de Medicina Familiar (PMF) en Niterói, insertado en el Programa Salud en la Escuela (PSE). Se admitió que la "precariedad laboral" tiene su origen en un proceso más amplio, llamado "precariedad social", principalmente de algunos grupos sociales. Este es un extracto de una investigación cualitativa con profesionales de la salud del PMF, utilizando entrevistas semiestruturadas y observación participante. Los datos fueron analizados a través del Análisis de Contenido, lo que resultó en tres categorías temáticas: la racionalidad productivista producida por la sociedad y reproducida en el PMF; la precariedad de la vida de las mujeres; y trabajo precario en el Sistema Único de Salud (SUS). Se observó que las coyunturas políticas y económicas interferían en la gestión local de los recursos humanos en el SUS, trayendo serias consecuencias como el desmantelamiento y el debilitamiento del modelo de Atención Primaria originalmente propuesto para ser implementado dentro del alcance de un sistema de

¹ O artigo é uma parte dos resultados de uma dissertação de mestrado, no qual possuía financiamento da CAPES e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF, sob o parecer nº 2.517.534 28 de 28/02/2018.

salud universal. El escenario encontró límites identificados para la consolidación de las prácticas de salud intersectoriales en la escuela y el logro de los objetivos esperados para el PSE.

Palabras clave: *salud ambiental, leishmaniasis, potencial biotecnológico vegetal; desenvolvimento sustentável.*

INTRODUÇÃO

A singularidade do trabalho em saúde, segundo Cecilio e Lacaz (2012), está contida no ato de cuidar, ou seja, independentemente da organização de saúde onde seja desenvolvido, o trabalho do profissional de saúde resulta em cuidado. Entretanto, na perspectiva adotada pelos autores, faz-se necessário reconhecer que esse trabalho passa por algumas transformações, entre as quais ganham destaque: o processo de especialização e fragmentação das práticas em saúde; e, a institucionalização crescente do trabalho em saúde, marcada pelo acelerado processo de precarização das relações de trabalho e introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional. Tais transformações influenciam diretamente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas articulações com os outros setores públicos (educação, saneamento básico, transporte e outros).

Assim, sendo a intersectorialidade² entendida como uma possibilidade governamental para superar a fragmentação existente entre os setores, influenciando no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, principalmente em relação aos resultados dessas intervenções (FARIAS et al., 2016), diante das transformações no processo de trabalho em saúde, passa a se configurar como um desafio a ser enfrentado. Neste caminho, o Programa Saúde na Escola (PSE) implementado em 2007 pelo Ministério da Saúde (MS), junto ao Ministério da Educação, ganha relevância. As práticas intersectoriais do PSE são propostas com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Assim, a equipe formada pelos profissionais de saúde e da educação teriam a função de assumir uma atitude permanente de empoderamento da comunidade escolar, trazendo a esta realidade o princípio básico da promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, são encontradas barreiras na implementação do PSE. Na pesquisa de Medeiros et al. (2018), realizada com profissionais de saúde do nordeste brasileiro, foram identificadas dificuldades para realização das ações pactuadas, algumas associadas ao processo de precarização do trabalho, tais como: a escassez de recursos materiais e financeiros (50,5%), ausência de articulação intersectorial (26,7%) e excesso de atividades no processo de trabalho (17,1%).

² A intersectorialidade é "um paradigma inovador que surge gradativamente nas políticas sociais públicas, cujo intento é superar a histórica tradição empirista cartesiana e a burocracia compartimentalizada das administrações públicas. A intersectorialidade carrega na sua essência as contradições típicas das políticas sociais públicas, de subsidiar através da operacionalidade de diferentes setores públicos a atenção basilar das necessidades do cidadão, assim como mantém a reprodução da ordem capitalista de atenuar as expressões da questão social". (FALER, 2016, p. 13)

O objetivo deste artigo é discutir a precarização do trabalho e da vida, tendo como referência as análises de Robert Castel (2010), e a perspectiva da solidariedade em Paulo Freire (2014), a partir da percepção dos profissionais do setor saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói inseridos no PSE. Trata-se da análise de resultados parciais de um estudo de caso realizado dentro do Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (PPGSC/UFF) durante o ano de 2018. Uma vez discutida a temática da precarização, espera-se contribuir com reflexões que visem à proteção social dos trabalhadores/as no planejamento da gestão pública, dando visibilidade à influência que os fatores da vida em sociedade produzem nos programas intersetoriais, como o PSE.

CENÁRIOS E CONTEXTOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O estudo possui um contexto diferenciado de organização da Atenção Básica (AB), originado pela implementação, ainda no ano de 1992, do Programa Médico de Família (PMF) em Niterói, sendo interessante investigar as particularidades que tal modelo trouxe ao PSE quando foi implementado. Tal programa serviu de inspiração para a formulação do antigo Programa Saúde da Família (PSF) no estado do Rio de Janeiro e, posteriormente, em vários municípios do país. Os autores Hubner e Franco (2007, p. 188) escrevem que “o conceito de saúde adotado pelo PMF compreende a imprescindibilidade de articulações intersetoriais, de efetiva participação da sociedade, na busca de “um novo marco civilizatório” [...]”. A partir disso, ficam evidentes os pressupostos da intersetorialidade, da territorialidade e da participação social moldando esse programa, que mais tarde serviria de inspiração para o PSF.

Além do conceito de saúde adotado pelo PMF, outra característica importante na sua implementação foi o critério de escolha do local dos módulos (denominação dos serviços de saúde). Um dos requisitos básicos utilizados para a criação do módulo do PMF era que estivesse localizado em bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda, não contemplados pelo poder público local com equipamentos sociais. Outra especificidade era a característica de cogestão, como explica o trecho abaixo:

[...] os presidentes das associações de moradores passam à condição de gestores do programa. Os profissionais são selecionados pela equipe de supervisão e contratados por essas associações, que, através de um repasse do município, os remuneram mensalmente (contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)). (HUBNER e FRANCO, 2007, p. 186).

No cenário nacional recente, acontecimentos e fatos marcaram fortemente a conjuntura política e econômica no Brasil, especialmente a partir do ano de 2016, como a tentativa de desmonte e desinstitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 e, o golpe à democracia, marcado pelo julgamento, condenação e impeachment da então Presidenta, dando vez ao seu vice, que assumiu, interinamente, a Presidência da República até as

eleições de 2018. O Ministro da Saúde na época demonstrava seu desprezo pelo SUS realizando ataques à universalidade e produzindo um fortalecimento dos segmentos privados com medidas que envolviam a regulamentação de “planos populares”, sob forte ataque ao financiamento público destinado à saúde pública. Nesse sentido, a solução para a crise econômica do país foi o lançamento da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 – PEC 241, aprovada pela Câmara dos Deputados em uma madrugada de Outubro de 2016, seguindo para o Senado sob a numeração de PEC 55. Tal medida governamental congela por 20 anos os gastos da área da saúde e educação, afetando principalmente as classes sociais mais baixas e dependentes dos serviços oferecidos pelo Estado.

Em Niterói, outro fato que impactou negativamente as políticas públicas locais ocorreu em 2017, quando foi anunciada uma mudança no modelo de convênio estabelecido pela prefeitura com o PMF, o que resultou no rompimento do repasse de recursos à Associação de Moradores para que contratasse e pagasse os profissionais da saúde. Houve uma determinação do Ministério Público do Trabalho (MPT) para que o município realizasse um concurso público na área da saúde. Tal determinação do MPT foi substituída por um processo seletivo simplificado temporário para suprir a necessidade de profissionais do PMF.

No segundo semestre de 2017, Niterói estava no meio da quarta pactuação com o MS para a realização do PSE, onde já havia um diálogo entre escolas e PMF para a realização das ações. Com o anúncio da troca de profissionais houve uma desestabilização no diálogo entre os profissionais da saúde, professores e diretores da escola. Desse modo, não só o PSE sofreu com essa mudança, mas todo o planejamento assistencial da AB de Niterói, além dos vínculos estremecidos.

Nesse movimento de se entender a precarização do trabalho e da vida a partir do processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuaram no PSE de Niterói, são apresentados a seguir alguns marcos conceituais que colaboram para a discussão proposta no artigo.

PEQUENAS NOTAS SOBRE A PRECARIZAÇÃO SOCIAL, AS FORMAS DE PRECARIZAÇÃO E O PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE

Na obra de Robert Castel (2010) sobre a questão social vinculada ao trabalho e ao salário, o autor ilustra o percurso da sociedade francesa no desenvolvimento da precarização e desfiliação³, que foram acarretadas pelas transformações econômicas, políticas e sociais do séc. XIV ao XIX na França. Em princípio, é destacada a relação entre dominantes-dominados, de forma que os dominados (classe operária) passam por um processo específico de subordinação. Por dentro de tal estrutura de integração social cabe aos dominados: o consumo (de massa), a instrução (primária), o lazer (popular), a habitação (popular), etc. Essa estratificação social, contida em muitos lugares e

³ Castel (2010) considera desfiliação como o processo de desprendimento da vida social. O sujeito foi mais que excluído, ele foi “abandonado” dentro da lógica do Capital. No entanto, é necessário deixar claro que não parte de uma escolha pessoal, pois a desfiliação social foge das determinações individuais.

constituída de diferentes maneiras, faz parte fundante das sociedades ocidentais, edificando a exclusão social e ocupando um lugar em meio a globalização, sendo reconhecidas como sociedades tutelares.

As consequências dessas relações sociais que produzem a exclusão são refletidas nos trabalhos periféricos e residuais dentro de uma sociedade salarial. Esses trabalhos (não desejados, porém determinantes para a sobrevivência dos que são oprimidos) são aqueles com ocupações instáveis, sazonais ou intermitentes. A inserção nestes postos de trabalho não permite nenhuma possibilidade de alternância, de melhoria ou escolha, os trabalhadores/as são engolidos pela precariedade, ou seja, para Castel (2010) vivem entregues à conjuntura. Desta forma, a “precarização do trabalho” teria origem num processo maior de precarização, chamado de “precarização social” fundamentado principalmente na vulnerabilização dos trabalhadores e de seus grupos sociais de pertencimento.

Esse cenário de precariedade instalado na sociedade a partir de capitalismo em sua fase neoliberal é analisado por Walter Oliveira em obra na qual dialoga com os escritos e conferências de Paulo Freire sobre a Pedagogia da Solidariedade:

[...] o espaço da precarização é o espaço das exigências cada vez mais desumanas, da instauração de metas e objetivos cada vez mais vilipendiadores da saúde e da dignidade dos trabalhadores de vários níveis, do operário de fábrica ao gerente de banco, do professor universitário ao empregado das empresas de telecomunicações. (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 119)

Imersos nos valores intrínsecos ao capitalismo, os seres humanos são estimulados à competitividade e ao egoísmo. Desse modo, passam tanto a não se reconhecerem enquanto seres humanos (ignorando a divisão de classes sociais) como a se colocarem enquanto adversários uns nos outros. O medo e o interesse material é o que baseia as relações humanas nesse contexto. Os princípios ideológicos por trás dessa face estão conjugados na valorização fundamental do lucro, na competitividade como modo de organização das relações, na Economia como área organizadora das relações sociopolíticas, e principalmente, no enfraquecimento das funções protetoras e reguladoras do Estado. Do ponto de vista do trabalho, são percebidas a destruição das instituições de proteção ao trabalho, como as entidades sindicais, e a exploração máxima da mão de obra (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014).

A apropriação das análises realizadas por Castel em relação ao trabalho lança luz sobre propósitos desse movimento “precarizador” existente no passado e no presente da história da classe dos oprimidos, onde hoje se encontram tanto profissionais como usuários do SUS, pois como será demonstrado nos resultados da pesquisa em foco “ há, em algum nível, um sofrimento comum ao ser humano como um todo, transcendendo o pertencimento a classes e categorias sociais” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 118).

Sendo assim, para o enfrentamento de tal realidade social, Freire defende a ética da solidariedade enquanto um “partilhar da luta dos que tentam escapar de suas variadas formas de opressão” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p.123). Busca-se ajudar aquele que necessita, a não necessitar novamente. A prática de solidariedade vem junto a uma ação libertadora, com consciência crítica do mundo e de si mesmo, testemunhando que esses componentes são históricos e permeados de relações (humanas, trabalhistas, burocráticas, sociais, econômicas, políticas).

Conclui-se ao fim dessas pequenas notas que a compreensão ético-crítico-política de educação proposta por Freire, traz a ideia de uma pedagogia da solidariedade como uma possível forma de viver a vida frente à sua precarização: “a solidariedade tem que ser construída em nossos corpos, em nossos comportamentos, em nossas convicções” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 81). Aqui, a ideia não é trazer a solidariedade como solução dos problemas que permeiam a precarização do trabalho e da vida, mas sim como recurso no combate à austeridade imposta como processo desumanizador das relações sociais.

METODOLOGIA

Este artigo discute resultados parciais de um projeto de pesquisa denominado: ‘As práticas intersetoriais do Programa Saúde na Escola (PSE) de Niterói que teve como objetivo geral analisar como o PSE constrói a prática intersetorial da saúde com a educação, sob a ótica dos gestores e profissionais do município. A abordagem utilizada na pesquisa foi a qualitativa (MINAYO, 2010) e o delineamento escolhido para a pesquisa foi o estudo de caso (YIN, 2005).

Em consonância com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a pesquisa foi realizada com anuência da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF, sob o parecer nº 2.517.534 28 de 28/02/2018.

No âmbito metodológico global do projeto de pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos setores de saúde e educação que possuíam experiência com o PSE. Foram coletados dados, também, por meio de observação participante nas escolas e em espaços coletivos de planejamento do PSE (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal e Regionalizado), entrevistas com informantes-chave, registro em diário de campo e outros.

No artigo, foram discutidos especificamente o conjunto de dados coletados junto aos profissionais da saúde, considerando-se o momento histórico, político e organizacional por que passou - e ainda passa - a Atenção Básica de Niterói. O roteiro da entrevista utilizado aprofundou três temas: experiência pessoal e profissional; processo de trabalho e, avaliação e planejamento das ações no PSE. Os critérios de inclusão foram: ser médico(a), enfermeiro(a) ou odontólogo(a) da rede municipal

de saúde de Niterói; compor a equipe de saúde do Programa Médico de Família (PMF); atuar em PMF pactuado com escola classificada como prioritária⁴; ter participado do PSE na escola nos últimos 12 (doze) meses até o momento da entrevista.

A organização e análise das entrevistas seguiram as fases de Análise de Conteúdo propostas por Bardin (1979). Em consonância com o que propõe Minayo (2010), a interpretação dos resultados se deu em dois níveis: o primeiro relacionado ao contexto sócio-histórico, onde é fundamental a captura da conjuntura socioeconômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado - a história desse grupo e a política que se relaciona com ele. O segundo nível de interpretação, foi efetuado a partir de dados despontados na investigação, por meio das observações e das entrevistas, captando significados e sentidos na análise das instituições e das comunicações individuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados seis profissionais de saúde, porém apenas quatro entrevistas foram incluídas, em conformidade com as justificativas encontradas no quadro 1, que apresenta o perfil dos participantes da pesquisa por regional de saúde e onde se destaca o fato do contrato temporário ser o vínculo de trabalho de todos:

Quadro 1. Perfil dos profissionais entrevistados que atuam no PMF.

Regional de saúde*	Cargo	Idade (anos)	Tempo de trabalho na instituição (anos)	Sexo	Segmento da educação	Vínculo de trabalho	Status da entrevista
Praias da Baía I [†]	-	-	-	-	-	-	-
Norte I	Enfermeira	32	4	F	-	Contrato Temporário	Incluída
Norte II	Médico	58	24	M	-	Contrato Temporário	Incluída

⁴Segundo o Departamento de Atenção Básica/MS, Niterói em sua última pactuação (2017/2018), contava com 32 escolas pactuadas (25 municipais e 7 estaduais) classificadas pelo MS como prioritárias e não prioritárias; essas escolas estavam divididas dentro dos polos (nome utilizado pelo setor educação) ou regionais de saúde (nome utilizado pelo setor saúde). No estudo adotou-se o termo regional de saúde, para identificar as escolas pactuadas com o PSE. Segundo o Ministério da Saúde (MS) é considerado escolas prioritárias todas as creches públicas e conveniadas do município; todas as escolas do campo; As escolas com alunos em medida socioeducativas, em 2016; Escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Praias da Baía II	Médica	41	6	F	-	Contrato Temporário	Incluída
Pendotiba	Enfermeira	36	8 meses	F	-	Contrato Temporário	Excluída ²
Leste-Oceânica	Médica	41	10	F	-	Contrato Temporário	Excluída ²
	Médico	43	3	M	-	Contrato Temporário	Incluída
<p>*Referência na pactuação⁵ de 2017/2018 do PSE em Niterói. No momento de elaboração do trabalho as regionais de saúde do município foram modificadas.</p> <p>*A regional havia duas escolas pactuadas, porém nenhuma delas era prioritária.</p> <p>² Excluída por motivo de problemas técnicos com o gravador ou ausência de autorização para gravação.</p>							

Fonte: Próprio autor, 2018.

A partir da transcrição e análise das falas dos participantes foi possível destacar três categorias temáticas: a racionalidade produtivista produzida pela sociedade e reproduzida pelo PMF; a precarização da vida de mulheres; e, a precarização do trabalho no SUS.

A RACIONALIDADE PRODUTIVISTA PRODUZIDA PELA SOCIEDADE E REPRODUZIDA PELO PMF

No Brasil, utiliza-se a designação de Atenção Básica com o objetivo de enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir dos princípios do SUS, nos quais se destacam a universalidade e a integralidade no acesso da atenção à saúde. Dentro do SUS é caracterizada pelo conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Suas ações, de acordo com o MS, abrangem desde a promoção até a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Apesar das divergências em relação a utilização do termo “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária em Saúde”, será utilizado o

⁵ A pactuação do PSE 2017/2018 foi realizada no município como um todo, abarcando as 6 (seis) regionais de saúde. Inicialmente a proposta foi entrevistar 1 (um) profissional de saúde por regional, totalizando uma amostra de 6 (seis) profissionais, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo que foram estabelecidos e fundamentados na realidade de Niterói. Após o Processo Seletivo Simplificado Temporário de 2017 na cidade de Niterói, constatou-se que apenas 12 (doze) profissionais (técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiras e odontólogos) foram encontrados lotados em seu módulo de PMF originário. No caso do PMF possuir mais de um profissional dentro dos critérios de inclusão, a escolha seria realizada por aquele que tivesse mais experiência com o PSE.

termo Atenção Básica em Saúde em virtude da denominação utilizada na Política Nacional de Atenção Básica.

De acordo com o que foi especificado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, está previsto no processo de trabalho das equipes que atuam na AB algumas ações e direcionamentos, como: enxergar o cuidado integral à saúde; realizar ações e propostas em equipe com caráter interdisciplinar; romper com a visão curativa tradicional, ir contra a lógica ambulatorial, entre outras. Nesse sentido, o trabalho territorializado é um pré-requisito para as ações de saúde dos indivíduos e de suas famílias. O trabalho de cuidado em saúde que deve ser realizado nesses espaços da Atenção Básica é aquele onde leva em consideração os aspectos biopsicossociais da população, além disso os determinantes sociais da saúde ocupam um lugar de destaque ao se pensar nas ações de saúde.

Nos módulos do PMF onde foi possível entrevistar profissionais de saúde, observou-se uma tendência no modo de operar a atenção e gestão do processo de trabalho que reforça uma lógica ambulatorial na Atenção Básica, dentro de uma racionalidade produtivista. Uma das queixas dos profissionais da saúde (5S) é a falta de tempo reservado para realizar reuniões, planejamentos e discussões, e a priorização de se atender e se ter um “cliente feliz”, dentro de uma sociedade capitalista, como afirma uma das médicas. A precarização do trabalho é frequente nas falas, com equipes de saúde incompletas e a sobrecarga de trabalho.

Aqui no momento (dentro do PMF), funcionando tem dois (grupos terapêuticos), o de saúde mental a gente deu uma parada por falta médico, só tem eu atendendo aqui. Aí fica um pouco difícil. [...] Era para ter três equipes completas, só tem uma! [...] Assim, a gente não consegue nem desenvolver as atividades do próprio posto, por causa disso... (médico, 6S)

Desafio é você estar disposto a sair da zona de conforto, porque, às vezes, a zona de conforto está no ficar no consultório atendendo. [...] O que que a creche quer? E eu tentar me adequar para ver o que a creche quer e o que eu posso ajudar. Eu acho que o mais complicado é isso, é eu ter tempo de planejar, que é uma coisa que antigamente a gente tinha, e que hoje tá sendo mais difícil. [...] Muito triste, mas, bem vindo ao mundo capitalista, como diz minha chefe 'La CAPETALista'. (médica, 5S)

Você não cria vínculo né, você não tem vínculo (de trabalho), você não tem nada. A gente começou aí com esse vínculo de trabalho dia primeiro de março (de 2018), já saiu um, já saiu dois, já saiu três, já saiu quatro... (médico, 2S)

Estes recortes de fala apresentam o incomodo desses profissionais no PMF de Niterói, por não conseguirem realizar suas atividades, pois estão sobrecarregados em virtude da falta de profissionais. Ao mesmo tempo, são cobrados a priorizar o atendimento dentro do consultório, em uma perspectiva mercadológica de clientelismo. Assim, devido à fragilidade do vínculo de trabalho, constantemente os muitos profissionais rompem seus contratos, o que traz prejuízos tanto no que se

refere à oferta do atendimento, visto que existe uma demora na convocação de novos profissionais como com relação ao desperdício de recursos públicos, já que o que foi investido na capacitação dos mesmos para o trabalho é perdido:

[...] primeiro você tem que montar a equipe para depois você começar a fazer capacitação. Essa é um dos grandes problemas que eu percebi o pessoal comentando na gestão... por que assim quando você monta a equipe e faz a capacitação, a equipe se desfaz. E aí, você acabou de capacitar o profissional e ele sai, aí você tem que fazer tudo de novo. E é exatamente isso que está acontecendo esse ano (de 2018)....(médico, 6S)

Além disso, os danos causados aos usuários/as com o rompimento do vínculo entre profissional e população e a descontinuidade da assistência são consequências graves confirmadas na literatura, fugindo do que se espera de um sistema universal de saúde (LOURENÇO et al., 2009; TAVEIRA; SOUZA; MACHADO; 2012). A Clínica Ampliada é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS onde se propõe que as equipes de saúde escutem e acolham de maneira única e singular o usuário que busca os equipamentos de saúde, visando aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade por meio do vínculo. Nessa ampliação da clínica a história de quem está sendo cuidado e a compreensão que o mesmo tem de sua doença é levado em consideração do diagnóstico ao tratamento dentro do processo de adoecimento (CAMPOS, 2003). Portanto, com a descontinuidade dos serviços esse trabalho fica cada vez mais robotizado e desumanizado, ocasionando dificuldades para o usuário de se inserir ativamente no direcionamento de seu tratamento de saúde. A compreensão de co-responsabilizar o cuidado em saúde junto com o paciente, que se aproxima da diretriz da Clínica Ampliada, aparece em uma das entrevistas (5S) dos participantes. Porém, devido a precarização cada vez mais tal objetivo fica distante da realidade.

No contexto do sistema universal de saúde e da crescente onda de privatizações no Brasil e na América Latina, Giovanella et al. (2018) produziram um estudo que explora os pressupostos e as estratégias relacionados à proposta de sistema universal de saúde em comparação a outros, como a cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage-UHC). Foram constatados aspectos contraditórios nos modelos de expansão de cobertura por meio de seguros, com resultados de segmentação, seletividade, focalização e cristalização de desigualdades que ferem o direito universal à saúde.

No Brasil, existe um movimento que defende arranjos de seguros – sociais, privados e subsidiados – defendendo a cobertura universal de saúde, o que é uma tentativa de remodelamento do SUS. Algumas características do UHC foram percebidas nas entrevistas, principalmente na fala de uma das médicas do PMF, as quais estão resumidas no quadro 2, um recorte do estudo citado e apresentado a seguir:

Quadro 2. Resumo das características dos modelos de cobertura universal de saúde (UHC) e sistema universal de saúde

CARACTERÍSTICA	UHC	SISTEMA UNIVERSAL
Concepção de saúde	Saúde como mercadoria	Saúde como direito universal
Elegibilidade/Titularidade	Acesso segmentado, conforme filiação a algum seguro (privado ou público)	Acesso universal como condição de cidadania
Desenho do sistema de serviços	Serviços fragmentados, sem territorialização	Serviços organizados em rede, territorializados, orientados pela APS
Cesta de serviços	Restritas (pacotes básicos/mínimos) Explicita	Abrangente (atenção integral) Implícita
Determinantes sociais de saúde (DSS)	Não contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial restrita	Contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial facilitada
Cidadão	Consumidor/objeto	Protagonista/sujeito

Fonte: Adaptado de Giovanella et al., 2018 (**grifo nosso**).

O cidadão enquanto consumidor/objeto já é uma realidade percebida pelos profissionais do PMF, visto que os mesmos são cobrados pela sua produtividade nos serviços de saúde do SUS, o que aponta uma contradição presente dentro de um sistema público e universal de saúde:

A impressão que eu tenho parece que existe uma importância muito maior em se atingir o atendimento em números, entendeu? Em quantidade, do que em qualidade. Onde os dois deveriam estar atrelados. Então assim, parece ser muito mais interessante, eu fechar aqui um turno de atendimento médico, atender a demanda, os pacientes. Do que fechar o turno e fazer uma atividade de grupo, de prevenção. (médico, 6S)

A abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a ação intersetorial são características que funcionam como princípios dentro do PSE. Conforme, apontado no quadro 2, no UHC essas características não estão garantidas, lá não estão como fortalezas como se apresenta no Sistema Universal. Nessa lógica e após analisar as falas dos participantes da pesquisa verifica-se uma mistura

de características de ambos os sistemas (UHC e Universal) na realidade do PMF, sendo necessário, portanto, defender o SUS enquanto um sistema universal de saúde e garantir todas as características deste sistema, principalmente em relação ao financiamento como um dos papéis do Estado.

Curiosamente, apesar de toda a problemática dos vínculos empregatícios, as equipes incompletas, a sobrecarga de trabalho e escassez de recursos na AB boa parte dos profissionais da saúde entrevistados ainda referem que a meta da AB é resolver até 80% dos problemas dos pacientes. Isso pode ser visto tanto como uma atitude de engajamento dos profissionais para enfrentar as condições não favoráveis para atingir esse objetivo, como a simples reprodução de um discurso hegemônico, sem uma reflexão sobre as políticas públicas e o investimento para que isso realmente funcione.

[...] A ideia é estar atendendo e resolvendo até 80% dos problemas dos pacientes, e aquelas situações que requerem um pouco mais de cuidado a gente encaminha pro especialista, quando há necessidade a gente identifica isso e encaminha, o médico de família aqui, ele é o coordenador do cuidado[...] o paciente mesmo sendo encaminhado para o especialista ele não deixa de ser atendido aqui. (médico, 6S)

[...] A ideia da gente é que 80% seja resolvido por aqui! A gente tenta ao máximo evitar que ele precise ir para uma emergência, mas também a demanda é muito grande (médica, 5S)

O estudo de Vieira et al. (2014), que tratou de identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre sua atuação na avaliação para excesso de peso em adolescentes nas escolas, coloca que a ausência de serviços de AB inviabilizava o trabalho desses profissionais que realizavam intervenções com esse público. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a falta de articulação com as escolas também foram identificadas como um empecilho.

A precariedade do trabalho no SUS, segundo Junqueira et al. (2010) é um tipo de desproteção sócio-legal e está implicada na noção de precariedade do trabalho, sempre associada a aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico. Nesse sentido, o desenvolvimento econômico exerce forte influência sobre as condições individuais e coletivas da vida e do trabalho, levando os usuários/as ao adoecimento e ao profissional uma visão reducionista do trabalho em saúde enquanto mercadoria. Cada vez mais, dentro dessa lógica, são excluídos momentos de planejamento, discussão e construção coletiva.

As pessoas acham que o importante é você atender, atender, atender, atender, enxugar gelo. As pessoas não conseguem entender, e eu não sei te dizer quem são essas pessoas, vem de cima, vem de baixo, vem dos lados, eu sendo atropelada. A gente não tem esse tempo de falar assim: Vamos fazer uma reunião do planejamento, vamos discutir? Não tem! [...]Hoje em dia a gente tem cada vez menos isso! Isso é muito triste! Não sei se a gente vai ter que brigar, lutar, mas assim, cada vez a gente vê que isso tem menos importância. A sensação que eu tenho é essa, eles querem que o posto não feche, que não tenha reclamação, que ninguém vai para a mídia, que não saia no Facebook, e você tem que atender: o cliente feliz. (médica, 5S)

Seffner et al (2016) ao analisar a trajetória histórica de resposta à aids no Brasil, pontua que não é suficiente para dar conta de um problema de saúde a oferta de medicação, tratamento e exames, pois é preciso pensar na precariedade da vida e na conduta por mais práticas de solidariedade. Na fala da médica, acima apresentada, verifica-se que a pressão que a mesma sofre (por todos os lados) está no âmbito da quantidade de usuários/as que necessitam ser atendidos, com a prática médica voltada para a doença e com as ações com planejamentos insuficientes. Visto isso, a implicação com a área da saúde está no âmbito político, não é a medicalização da vida, nem os avanços farmacêuticos e tecnológicos que irão fazer de uma pessoa que está em sofrimento e adoecida menos vulnerável. A complexidade da vida está explicitada quando se observa os DSS e as vulnerabilidades que a população brasileira enfrenta cotidianamente em seus lares. A negação dessa perspectiva leva a uma concepção de saúde já ultrapassada, dentro de um modelo biomédico que nunca conseguiu mudar as condições de saúde (ampliada) da população.

A PRECARIZAÇÃO DA VIDA DE MULHERES

As vulnerabilidades sociais interferem na condição de saúde das famílias acompanhadas pelo PMF, conforme foi possível identificar na pesquisa. Durante a coleta de dados foi percebido o impacto que a Intervenção Militar do Rio de Janeiro possuía nos territórios vulnerabilizados. Por diversas vezes o clima de medo estava presente no rosto dos usuários/as, profissionais, comerciantes e pessoas que circulavam pelos territórios; além disso, os serviços de saúde, escolas e comércios eram orientados a fecharem suas portas devido ao risco de confronto. Uma médica (5S) que atua em um território periférico aponta que tem observado o impacto da violência na vida dos moradores da comunidade.

De dezembro pra cá, tivemos uma mudança no impacto da violência. E a gente percebeu isso porque os pacientes estão mais estressados, isso tudo reflete no comportamento, na pressão, na glicemia, no comportamento [...] a questão do sono, então a gente está sempre muito atento. Para mim tudo isso é saúde, então eu já trabalho nessa lógica, não da doença e sim na lógica da saúde. (médica, 5S)

Nota-se que, em geral, os efeitos das condições precárias de trabalho existentes na sociedade capitalista são percebidos entre os profissionais do PMF e as famílias usuárias do serviço, atingindo de maneira mais intensa os mais pobres e vulneráveis que necessitam vender sua força de trabalho

para obter sua subsistência:

[...] aquelas mães que ficavam em casa cuidando dos filhos ou cuidando da família. Não existe mais esse perfil! Então a gente está tendo muita dificuldade nas atividades de grupo, porque essas mães, agora, estão trabalhando. E aqui [...] não é um trabalho com carteira assinada [...] A gente não consegue mesmo oferecendo atrativo, sorteio, comida, cada hora a gente acaba apelando para alguma coisa. [...]. São raras as mães que agora que ficam em casa cuidando dos filhos ou da comida ou cuidando da família. [...] A situação está muito difícil, aqui às vezes [...] fica difícil, aí que elas começam a trabalhar, vender coisas para fora, é bem complicado! (médica, 5S)

O perfil de mulheres associado à função do cuidado situa-se dentro da lógica do capitalismo e da opressão do gênero feminino na história. As opressões contra o gênero feminino antecedem o capitalismo, porém com sua ascensão essas opressões ganham uma nova expressão. Biondi (2017) utiliza-se da abordagem de Roswitha Scholz como referência para investigar a “anatomia econômica” da sociedade capitalista. Para a autora, a forma capitalista de riqueza pressupõe uma dissociação entre uma esfera produtiva/pública e uma esfera reprodutiva/privada, o que leva ao confinamento doméstico da mulher e à opressão contra ela. A esfera privada é ocupada por um ideal de “feminino” (família, sexualidade etc.), ao passo que a esfera pública (trabalho, Estado, política, ciência etc.) é “masculina”. A produção doméstica da mulher foi substituída pelo trabalho doméstico, e quando sai dessa esfera ela encontra desnível de remuneração e dificuldades de ascensão profissional. O conjunto de características que foram atribuídas às mulheres, construídas socialmente, estão em torno da maternidade e da função de esposa, assim como de uma imagem afetiva e emocional.

Macêdo (2001) retrata em seu estudo as trajetórias e os contextos de mulheres chefes de família em Salvador. A autora afirma a importância de serem considerados os recortes de classe, raça e geração, os quais influenciam na construção de trajetórias e experiências dessas mulheres. Existe uma pluralidade desse fenômeno das “mulheres chefes de família”, que vão desde a clássica viuvez, passando pelo crescente grupo das separadas e solteiras, e por fim, o grupo mais recente, o das casadas. Ao serem entrevistadas, um grande número de mulheres relatam expectativas em relação a seus filhos e filhas, tendo como meta a formação e a inserção favorável dos mesmos no mercado de trabalho, além do esperado sucesso na aquisição de suas próprias famílias. Desse modo, a realidade relatada pela médica do PMF, é cada vez mais comum nos dias de hoje, sendo que em áreas mais vulneráveis isso só aumenta. Essa situação não significa que essas mulheres, que são também mães, não se preocupem com seus filhos e não cuidem deles, pelo contrário, necessitam vender sua força de trabalho, muitas vezes precarizado e com baixa remuneração, para sustentar suas expectativas em relação ao futuro de seus filhos.

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

No campo da saúde pública existe um movimento perverso configurado por um projeto de privatização da saúde, que de modo inevitável passa pela precarização do trabalho em saúde. Considerando que no Brasil esse movimento começa com o pressuposto de uma formulação onde o desejo pelo “Estado Mínimo” visa um “Mercado Máximo”. Um exemplo, dessa (re)formulação do Estado vem com as Organizações Sociais (OS) não só no Rio de Janeiro, mas também no Brasil com um todo. A OS trouxe uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado. Essa reforma gerencial foi e continua sendo defendida por uma suposta maior eficiência do Estado, que falhou ao não conseguir resolver os problemas da má gestão pública. Desse modo, as OS capturam os recursos públicos e se utilizam da flexibilização de vínculos, conseqüentemente, causando a precarização do trabalho em saúde (Correia e Santos, 2015). No município de Niterói esse modelo de gestão (ainda) não chegou, porém nos municípios vizinhos isso já é uma realidade.

A história do PMF possui sua importância: primeiro pelo pioneirismo quando se trata de Atenção Básica em Saúde no Brasil; segundo, devido à implementação dos módulos do PMF em territórios muito periféricos, onde a população não tinha acesso aos serviços de saúde. Com o passar do tempo e a consolidação do Programa Saúde da Família, que, posteriormente, deixou de ser um programa do MS para ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), a organização do trabalho no PMF foi se assemelhando à da ESF, até mesmo por uma questão de repasse de recursos do Ministério da Saúde. A equipe de saúde foi alterada, em uma configuração mais condizente com as necessidades da população, conforme o relato de um dos profissionais entrevistados que está no PMF desde os primeiros anos de implementação e permaneceu após o Processo Seletivo Simplificado Temporário de 2017:

O que acontece, quando começou o programa, nós éramos uma equipe de dois profissionais, o médico e uma técnica de enfermagem [...] Então se passou a ter agente de saúde, passou a ter o enfermeiro, então cada equipe passou a ter agente de saúde, enfermeiro, e isso aumentou... A gente teve um aumento de área adscrita, então aumentou a quantidade de famílias e a quantidade de pessoas, hoje a gente está atendendo por volta de 2.000 pessoas por cada setor. (médico, 2S)

Por outro lado, a urgência por operacionalizar tal ampliação para se garantir o modelo assistencial da ESF tem sido apontada como principal responsável pela “expansão da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde” (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 199), a partir de formatos atípicos de vinculação baseadas na flexibilização.

Nesse sentido, o Brasil ainda parece possuir uma realidade de recursos humanos no SUS baseada na vinculação autônoma dos profissionais ou de contratos temporários (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015). A realidade de Niterói, de acordo com os dados da pesquisa não foi diferente de outras realidades, onde o concurso público continua não sendo prioridade no município, já que

nunca houve um concurso público para a Atenção Básica em Saúde, e somente em 2017 foi realizado um processo seletivo público temporário.

Se como visto no depoimento mais acima, as mudanças na configuração do processo de trabalho com o aumento da equipe e do número de usuários/as foram percebidas, também as mudanças nos contextos social e econômico da população atendida com o passar do tempo (1994-2018), foram observadas e impactam o trabalho em saúde no SUS:

E agora, parece que, com esses anos de crise no país, fez com que as pessoas perdessem seus empregos, perdessem seus planos de saúde, e voltar tudo para o SUS e isso foi uma sobrecarga bastante grande, né, então é um trabalho bastante cansativo, desgastante, às vezes estressante, mas que a gente, mas eu ainda consigo dar conta, depois de tanto tempo não tem não deixar de dar conta. (médico, 2S)

Conforme denominada por Castel (2010), esta seria uma situação de vulnerabilidade de massa, onde o contexto social, tomado pelo aumento do desemprego e a crise econômica, afeta a vida dos trabalhadores/as e dos usuários/as do sistema de saúde. A vulnerabilidade social provocou um desconforto para o profissional dentro de seu processo de trabalho, que se relaciona diretamente com a condição de saúde da população atendida pelos serviços públicos de saúde. A regra do mercado nesse contexto busca o lucro mesmo dentro dos serviços públicos de saúde, com a exploração máxima de seus “colaboradores/funcionários” e sem elevar os custos (termo utilizado pela mídia, economistas e governo) desse setor, sem levar em consideração as condições de trabalho dos profissionais, nem mesmo a precarização da vida que se apresenta nesse cenário.

Porém, a reformulação dos vínculos de trabalho dos profissionais da saúde não resolve todos os problemas encontrados, não se deve simplificar a crise na qual a saúde está passando. A violência, por exemplo, foi um fator importante na dificuldade do trabalho na Atenção Básica, ilustrado pelos entrevistados que não se resolve com o surgimento de vínculos estatutários. Esse problema só pode ser solucionado caso a gestão pense em propostas de forma intersetorial, atuando frente ao combate das vulnerabilidades sociais, do desemprego, da corrupção e investindo nos espaços de Educação. Esse foi apenas um exemplo, porém vários outros poderiam ser citados. O estudo apenas aponta que o problema dos vínculos precários, somente potencializa ainda mais um trabalho que já é precarizado e que permeia a vida desses profissionais.

Além disso, somente com a participação da comunidade nas decisões dos serviços que haverá uma integração entre os profissionais, os equipamentos de saúde e o bairro. Desse modo, a solidariedade que Paulo Freire defende estará nos corpos e no modo de viver das pessoas que ocupam o território daquele PMF ou qualquer outro serviço público.

Obviamente, que o objetivo e as ações voltadas às práticas intersetoriais, como é o caso do PSE fica

prejudicada, justamente pelos fatores que os entrevistados expuseram durante as entrevistas, ou seja, a contribuição para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde fica extremamente deficitária. Visto isso, com a potencialização desta precarização sentida em Niterói essas articulações entre os diferentes setores são prejudicadas, em detrimento da priorização de atendimentos ambulatoriais pelo PMF e de ações pontuais de saúde (sem finalidade pedagógica) dentro das escolas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências dos profissionais de saúde do PMF, atuantes no PSE, foram valiosas para observar as tensões da precarização do trabalho desses trabalhadores/as em Niterói. Por meio das falas percebe-se a vulnerabilização da vida dos usuários/as do SUS, com maior ênfase nas mulheres, e de modo diferente isso também é percebido quando analisamos a vida dos profissionais que atuam em zonas de risco. Os resultados dados encontrados produziram uma reflexão sobre esses aspectos em âmbito individual e coletivo, de modo que emergiram pontos direcionados aos trabalhadores/as do PMF e às trabalhadoras que são as usuárias do SUS.

A saúde enquanto mercadoria, o cidadão enquanto consumidor/objeto foram características expostas pelos profissionais submetidos a uma lógica produtivista. Assim, a territorialidade, um conceito muito presente no PMF, está sendo cada vez menos fortalecido. No entanto, os trabalhadores/as da saúde ainda acreditam na força da consolidação das parcerias para efetivar o cuidado integral à saúde. Nesse sentido, é preciso enfrentar os problemas do cotidiano do trabalho por meio da solidariedade, principalmente a falta de recursos e a precarização dos vínculos, para que isso seja convertido em um ato de resistência.

A lógica do capitalismo e da opressão do gênero feminino foi um importante exemplo percebido na pesquisa em relação às usuárias do PMF, revelando a precarização da vida na nossa sociedade. Mulheres pobres e periféricas são frequentemente cobradas por cuidar de sua casa e de sua família, porém a impossibilidade de cuidarem de sua própria saúde em virtude de suas condições de vida e trabalho, que não as permitem viver com seus direitos básicos preservados acaba sendo invisibilizada ou mesmo naturalizada.

As indagações e reflexões da pesquisa possibilitaram vislumbrar um horizonte difícil a partir da realidade de Niterói para a consolidação das práticas intersetoriais de saúde na escola e alcance dos objetivos esperados para o programa. Diante do que foi exposto, faz-se urgente que as condições de trabalho dos profissionais de saúde do PMF em Niterói possam ganhar, por meio de um concurso público, em estabilidade e regularização dos vínculos, pois, caso contrário, os maiores prejudicados serão os usuários/as do SUS que perdem a vinculação com os profissionais e a continuidade de um trabalho assistencial já construído. No âmbito da produção do conhecimento, o PSE produz muito ao

pensar e executar práticas intersetoriais com profissionais de dois setores diferentes, assim é preciso fortalecer essa rede de relações interpessoais, com princípios emancipatórios permeados pela solidariedade, principalmente porque esse trabalho é prometido as crianças e aos adolescentes de escolas públicas. Aos profissionais deve-se resgatar o desejo da participação popular dentro dos serviços, visando fortalece-los contra os ataques que chegam a todo momento nesses tempos de austeridade.

As limitações do estudo estão presentes. Não foi possível escutar toda a equipe de saúde nos módulos dos PMFs que participaram da pesquisa, uma vez que somente profissionais de ensino superior foram incluídos em função do perfil exigido para o desenvolvimento das ações do PSE. Desse modo, ficaram de fora aqueles que ocupam cargos de nível técnico ou médio, como as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), categoria majoritariamente feminina que sofre mais intensa e frequentemente a precarização do trabalho e as desigualdades de gênero. Porém, a partir desta e de outras limitações, ficam fortemente sugeridas a realização de outras pesquisas que possam ampliar o debate sobre o problema da precarização do trabalho e da vida, assim como acompanhar mais de perto os momentos pelos quais passam a AB de Niterói e a nova Política Nacional de Atenção Básica em cenários extremamente preocupantes, que operam cada vez mais sob a lógica do desmonte de um Sistema Universal de Saúde e da não garantia constitucional da saúde como direito.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BIONDI, Pablo. Sexualidade e disciplina do trabalho na ordem social burguesa. **Cadernos CEMARX**, n. 10, p. 131-149, 2017. Disponível em <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/cemarx/article/view/2942/2229>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466**, de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012.

CAMPOS, Gastão W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, Gastão W. S. (Org). **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 9 ed., 2010.

CECILIO, Luiz C. de O.; LACAZ, Francisco A. de C. Introdução. In: CECILIO, Luiz C. de O. (Org.). **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012, p. 7-23.

EBERHARDT, Leonardo D.; et al. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, Mar. 2015.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Fev. 2019.

CORREIA, Maria V. C.; SANTOS, Viviane M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, Maria Inês S.; ANDREAZZI, Maria de F. S.; MENEZES, Juliana S. B. de; LIMA, Joseane B. de; SOUZA, Rodriane de. O. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015, p. 33-41.

FALER, Camila S. (Org.). **Intersetorialidade: um conceito em construção**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

FARIAS, Isabelle C. V. de; et al. A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.** [online] Rio de Janeiro, v.40, n.2, p. 261-267, jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso> Acesso em 30 de agosto de 2018.

FREIRE, P.; FREIRE, Nita. M. A.; OLIVEIRA, Walter. F. **Pedagogia da Solidariedade**. 1º Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

GIOVANELLA, Ligia. et al. . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria H.M.de. Atenção Primária à saúde. GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HUBNER, Luiz C. M.; FRANCO, Tulio. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 173-191, Abril, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 dezembro. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100010>.

JUNQUEIRA, Túlio da S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, Mai, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Fev. 2019.

LOURENÇO, Eloisio C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p.1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MACÊDO, Márcia dos S. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: BRUSCHINI, Cristina; PINTO, Celi. R. (Orgs.). **Tempos e lugares de gênero**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 53-84.

MACHADO, Maria H.; KOSTER, Isabella. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do sistema único de saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada. A.; BRITO, Jussara C. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 2011.

MEDEIROS, Eliabe R. de et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 9, n. 2, p. 2127-2134, Ago. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-13009732018000202127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Dez. 2018.

MINAYO, Maria. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, Jun 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Feb. 2019. Epub Feb 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.

TAVEIRA, Zaira. Z.; et al. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 102-110, maio 2012.

VIEIRA, Caroline E. N. K.; et al. Atuação dos enfermeiros de unidades básicas de saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 630-636, jul/set 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/951> > Acesso em 30 de agosto de 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad Daniel Grassi, 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Objetiva-se refletir sobre os desafios de pesquisar os saberes implicados no cuidado em saúde. Cuidado compreendido como uma prática social voltada às pessoas, famílias e coletividades, e como expressão de atividade profissional. Problematisa-se a hegemonia da clínica e o confronto entre os saberes dos profissionais - técnico-científicos, e dos usuários - senso comum/práticos, tendo em vista a construção de um cuidado congruente. Nesse sentido, a pesquisa de representação social seria uma aliada por possibilitar a compreensão dos processos de entrecruzamento dos saberes da ciência e daqueles socialmente partilhados. Desafia-se a hegemonia e a autoridade do saber profissional em favor de um modelo que tenha mais possibilidade de alcançar um sucesso prático terapêutico. Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, ampliando as possibilidades de sua participação no cuidado e de maior domínio sobre si.

Debatedores:**Márcia de Assunção Ferreira**

Desvelar, Reconhecer e
Convergir: Os Desafios de
Pesquisar os Saberes
Implicados no
Cuidado em Saúde

Maria de Fátima de Souza Santos

Cuidado em Saúde: É Possível
Separar o Saber Científico do
Saber de Senso Comum?

Noemí Graciela Murekian

A Produção De Conhecimentos E
Saberes Implicados No Cuidado Da
Saúde

María Cristina Chardon

Hospitalização E Cuidados.
Desafios Para A Pesquisa Em
Representações Sociais

Márcia de Assunção Ferreira

Acerca de Saberes
e Práticas e Sobre
Como Contemplá-
Los nos Cuidados em Saúde:
Elementos para Instruir
Debates, Pesquisas e Ações.

The Challenges Of Research On Social Representations In Health

The objective is to reflect on the challenges of researching the knowledge implied in health care. Care understood as a social practice aimed at people, families, and communities, and as an expression of professional activity. Clinic's hegemony and the confrontation between the knowledge of professionals – technical-scientific, and of users – common sense/practical, are problematized in view of the construction of congruent care. Social representation research would be an ally to unveil, recognize, and converge the knowledge implied in health care by enabling the understanding of the processes of intersection between scientific and socially shared knowledge. The hegemony and the authority of professional knowledge are challenged in favor of a model that is more likely to achieve practical therapeutic success. Considering people's practical knowledge about care contributes to the non-reproduction of the conditions of submission of users to professionals, expanding the possibilities of their participation in care and of greater dominance over themselves.

Debatedores:

Márcia de Assunção Ferreira

Unveiling, Recognizing, And
Converging: The Challenges
Of Researching The Knowledge
Implied In Health Care

Maria de Fátima de Souza Santos

Health Care: Is It Possible To
Separate Scientific Knowledge
From Common Sense?

Noemí Graciela Murekian

The Production Of Knowledge And
Wisdoms Involved In The Care Of
Health

María Cristina Chardon

Hospitalization And Care.
Challenges For Research
In Social Representations

Márcia de Assunção Ferreira

About Knowledge
And Practices And How
To Contemplate
Them In Health Care:
Elements To Instruct
Debates, Research And Actions

Los Desafíos De La Investigación Sobre Representaciones Sociales En Salud

El objetivo es reflexionar sobre los desafíos de investigar el conocimiento involucrado en la atención médica. Atención entendida como práctica social dirigida a personas, familias y comunidades, y como expresión de actividad profesional. La hegemonía de la clínica y la confrontación entre el conocimiento de los profesionales - técnicos-científicos y los usuarios - sentido común / práctico son problematizados, con miras a construir una atención congruente. En este sentido, la investigación de representación social sería un aliado porque permite la comprensión de los procesos de intersección del conocimiento científico y aquellos socialmente compartidos. La hegemonía y la autoridad del conocimiento profesional se desafían a favor de un modelo que sea más probable que logre el éxito terapéutico práctico. Tener en cuenta el conocimiento práctico de las personas sobre la atención contribuye a la no reproducción de las condiciones de presentación de los usuarios a los profesionales, ampliando las posibilidades de su participación en la atención y un mayor control sobre sí mismos.

Debatedores:

Márcia de Assunção Ferreira

Revelando, Reconociendo
Y Convergiendo:
Los Desafíos De Investigar
Los Conocimientos
Implicados En Los
Cuidados De La Salud

Maria de Fátima de Souza

Santos

Atención En Salud: ¿Es Posible
Separar El Conocimiento Científico
Del Conocimiento Del Sentido
Común?

Noemí Graciela Murekian


La Producción De Conocimientos Y
Saberes Implicados En
El Cuidado De
La Salud

María Cristina Chardon

Internación Y Cuidados.
Retos Para La Investigación
En Representaciones Sociales

Márcia de Assunção Ferreira

Sobre El Conocimiento
Y Las Prácticas
Y Cómo Contemplarlos
En La Atención De La Salud:
Elementos Para Instruir
Debates, Investigaciones Y
Acciones.



Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde.

Unveiling, Recognizing, And Converging: The Challenges Of Researching The Knowledge Implied In Health Care

Revelando, Reconociendo Y Convergiendo: Los Desafíos De Investigar Los Conocimientos Implicados En Los Cuidados De La Salud

Márcia de Assunção Ferreira

UFRJ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

marcia.eean@gmail.com

INTRODUÇÃO

Refletir sobre os desafios da pesquisa em Representações Sociais no campo da saúde remonta à sua vocação seminal. A Teoria das Representações Sociais é do campo de saber da Psicologia Social e inaugurou-se com o estudo de um objeto do campo das ciências humanas em interface com as ciências da saúde (mental). A partir daí, outros estudiosos se interessaram em desenvolvê-la e aplicá-la no campo da saúde, a exemplo de Claudine Herzlich e Jodelet, que ainda na década de 1960 (final) e início da década de 1970, estudaram as representações sociais da saúde e da doença, e as representações sociais do corpo e da loucura.

No interesse de estudar as representações sociais, Moscovici tomou a Psicanálise como objeto de pesquisa e daí derivou a Teoria das Representações Sociais (TRS), na década de 1950, na França. Sua epistemologia remonta ao conceito de Representações Coletivas de Durkheim, que trata da forma como a sociedade explica os fenômenos vivenciados, representação partilhada e reproduzida de modo coletivo, homogêneo entre os membros de um grupo de forma estável, que perdura por gerações (MOSCOVICI, 2012).

O caráter homogêneo e estável das representações coletivas é o que caracteriza a diferença base em relação à TRS, que se fundamenta na dinâmica das representações e na heterogeneidade entre diferentes grupos de pertença (MOSCOVICI, 2010) e é exatamente este caráter social das representações que fez surgir a Teoria no campo da Psicologia Social – na tensão entre “o pensamento científico e profissional, de um lado, e o pensamento cotidiano das pessoas comuns, de outro” (MARKOVÁ, 2017, p. 361).

A TRS se propõe a estudar os saberes sociais, aqueles que se constroem no interior de grupos, afinados com a cultura e com os contextos (histórico, social, político) vivenciados. Investe em conhecer como os saberes sociais se engendram nos cotidianos por meio de processos de comunicação, transformando as elaborações em atividades e ações da vida prática.

Ao acessar as teorias do senso comum, a TRS envolve os processos cognitivos, considerando que o ser humano é ativo na produção de conhecimentos, participativo dos processos de construção de saberes que circulam no meio social de maneira dinâmica e fluida, em consonância e em resposta a uma sociedade em constante mudança e transformação, propiciadas pelos meios de comunicação que circulam e propagam informações cada vez mais rapidamente (SÁ, 2015).

Enquanto saber social, a representação social se constrói no campo da interação humana e sua elaboração é viabilizada pela comunicação, tanto do indivíduo com o seu grupo, quanto entre grupos e ainda pela comunicação de massa. Sendo saber social compartilhado, contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2001).

O estranhamento perante um objeto significativo, porém não familiar, desencadeia a necessidade de aproximá-lo de algo conhecido, construindo um sentido pleno de afetos, de costumes, crenças, heranças históricas, de experiências vividas ou recebidas pelas mais diversas formas de comunicação. A elaboração cognitiva e afetiva do novo fenômeno-objeto possibilita a convivência prática e a incorporação de sua existência no cotidiano e nas ações diárias (JODELET, 2001).

No processo de construção do saber do senso comum, o encontro com um fenômeno não familiar faz com que o sujeito selecione e descontextualize os elementos a serem elaborados, realize um recorte da realidade (pela não condição de lidar com a complexidade do todo) e retire o excesso de informações a partir de seus afetos, valores, experiências e história. Em continuidade, os fragmentos recortados são reorganizados, ligados em um esquema, que se constitui o núcleo figurativo da representação. Dessa forma, o que era desconhecido ou causador de estranhamento torna-se objetivo, palpável, naturalizado no mundo do sentido do sujeito: objetivado. Ao conferir sentido ao objeto, recorrendo a algo familiar, o sujeito ancora a novidade que lhe é apresentada em um contexto inteligível (JODELET, 2001).

À luz de tais processos, compreende-se que os sujeitos constroem as representações segundo as suas características, valores, cultura, conhecimentos prévios. As RSs implicam na interpretação das realidades, vividas e provenientes das experiências daqueles que estão construindo uma dada representação, tendo em vista ser as RSs sistemas de interpretação que orientam e organizam a compreensão sobre os fatos e acontecimentos, regendo os comportamentos com o mundo e com os outros. Neste sentido, regem as relações dos sujeitos no seu meio físico e social, guiando e orientando as suas ações e relações sociais. Disto deriva-se o entendimento de que as RSs são formas de conhecimento prático (JODELET, 2001).

Dito isso, o objetivo deste artigo é refletir sobre os desafios da pesquisa de representações sociais no campo da saúde, no recorte do cuidado, dada a característica prática deste objeto. Cuidado no campo da saúde aqui compreendido como uma prática social que se concretiza no atendimento de coletividades, famílias e das pessoas, individualmente, como também expressão de atividade profissional, ou seja, fruto de decisões balizadas pelo conhecimento formal, técnico e científico, oriundo de uma formação acadêmica e, portanto, ético. Este esclarecimento é para fazer a necessária diferença entre o cuidado êmico, que traz expressão do saber não formal que todos temos sobre cuidado (LEININGER, 1991), fenômeno presente na vida de todo ser humano, por ser condição necessária à sobrevivência. Nesse caso, o conceito de cuidado êmico abarca a sua compreensão no interior de determinada cultura, com base nos seus próprios referenciais (ROSA; OREY, 2012). Explicação necessária, haja vista que os conceitos de conhecimento dos universos do senso comum e da ciência articulam as RSs.

SAÚDE E CUIDADO: CAMPOS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Na compreensão dos caminhos da construção do saber do senso comum, da necessidade do confronto com o objeto de estranhamento, os processos vivenciados para sua elaboração e as formas de disseminação desse saber, concebe-se o cuidado no campo da saúde como objeto de representação, pressupondo-se que, para além de sua construção reificada, há também uma construção no campo do saber comum, atrelado às vivências que remontam às heranças históricas familiares dos grupos e sujeitos e de suas práticas, individuais/pessoais, sociossolidárias, influenciando em maior ou menor grau suas vidas de forma transversal e conseqüentemente, influenciando a práxis dos profissionais de saúde.

O cuidado tem um conceito polissêmico, construído por referenciais da ciência, tecnologia, filosofia, com conotação técnico-profissional, intencional, atitudinal, traduzido em práticas que envolvem relações humanas (QUEIROZ, 2015). Nesse sentido, reveste-se de relevância sociocultural sustentando modos de viver e de se relacionar, criando demanda de estudos no campo das representações sociais, com vistas a compreender o sentido atribuído ao cuidado por indivíduos em suas vidas cotidianas e, conseqüentemente, por grupos profissionais em suas práticas de saúde.

O espaço de interação que se estabelece entre profissionais e a pessoa a ser cuidada propicia a elaboração de RS sobre o cuidado, pois este tem relevância imediata para os profissionais e o partícipe do cuidado, já que ambos vivem a experiência desse encontro, tanto no espaço coletivo comum a outros sujeitos quando estão nas instituições, quanto no espaço privado sociofamiliar ou em atendimentos individuais.

Abordar o cuidado no campo da saúde do ponto de vista da pesquisa de RSs implica em considerar os sujeitos envolvidos neste fenômeno: o profissional que cuida e a pessoa a quem o cuidado se destina. Nesta perspectiva, pesquisar as RSs do cuidado no campo da saúde implica ir além da prática objetiva material, da técnica interventiva e seus efeitos biológico-biomédicos. É preciso investigar as pessoas, quem elas são, os contextos que as engendram, suas emoções e afetos, fruto do sentir humano e, também o significado, fruto dos sentidos que o sujeito atribui às ações, reações e experiências vividas, e nesse ínterim, considerar a dimensão cultural implicada nas relações e as ações que envolvem o cuidado na saúde.

Observa-se, portanto, que o cuidado é campo fértil para a geração de representações sociais e seu estudo por meio do referencial da TRS pode contribuir muito para as reflexões necessárias ao contexto das práticas de saúde, em meio a um mundo com tantas transformações, muitas delas impulsionadas pelos avanços tecnológicos que também se fazem sentir no campo da saúde. Isto porque o aporte conceitual da TRS serve de grade de leitura e auxilia na compreensão do entrecruzamento dos saberes científicos com os saberes de senso comum, desvelando a teia de significados e de valores socialmente partilhados, necessário para o entendimento do cuidado em saúde (FERREIRA, 2016).

O cuidado profissional é cunhado no âmbito de uma formação acadêmica, amparado em paradigmas que fundamentam as ações à luz de referenciais políticos, biomédicos, humanos, sociais, modelos de pensamento que organizam e legitimam práticas que se materializam por meio de políticas de saúde. Mas no cotidiano das ações, o cuidado é experimentado por quem o recebe não somente como uma ação técnica, mas também como ação sensível, com atenção e atitude de desvelo (BORGES, 2010) já que implica em um encontro entre pessoas.

A relação estabelecida no encontro de cuidado é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre as pessoas. Esse encontro implica, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se permeando a relação de cuidado e por mais técnico que pareça o cuidado, na sua versão de intervenção em saúde, a relação entre ambos (o profissional e quem é cuidado) evidencia os esforços internos de cada participante para salvaguardarem a sua condição de sujeito, reafirmando suas subjetividades, em uma tentativa de manter as suas identidades sociais e as suas marcas pessoais nos atos.

O profissional detém um saber formal que o autoriza a cuidar e legitima a sua ação, e a pessoa cuidada detém um saber êmico. Ao viver a experiência singular do cuidado profissional, os sujeitos

atribuem sentido a esta experiência, amparando-se nos seus referenciais socioculturais. Tais referenciais contribuem para conduzir a ação do profissional e da pessoa que precisa de cuidado, tanto na aceitação quanto na recusa aos cuidados a lhe serem prestados. Esta interface e entrelace de saberes são importantes para a qualidade da participação do usuário no processo de cuidar do qual irá compartilhar, compreensão necessária para que haja engajamento e corresponsabilidade nos processos terapêuticos (JUNGES et al., 2011).

Se por um lado o profissional detém um saber formal sobre o cuidado em saúde, por outro, os saberes práticos dos sujeitos sociais também são legítimos, e muitas vezes confrontam os saberes profissionais, e é neste espaço que se manifesta a supremacia, mas também a impotência do discurso da ciência. Não comum, na clínica do cuidado, os usuários informam que alguém (quase sempre um “outro”), mantém (ou manteve) comportamentos condenados nos discursos da “saúde”, mas ainda assim vive (ou viveu) por longo tempo e com bem-estar, contrariando a lógica do discurso normativo e prescritivo da saúde. E também é comum que profissionais se deparem com estas experiências em seus contextos de vida pessoal (e profissional) e, em muitos casos, lançam o exemplo no rol das exceções técnicas ou do próprio curso da vida com senões indicativos de baixa qualidade de vida e não como exemplo a ser seguido.

É, portanto, no universo das subjetividades que os sujeitos (usuários e profissionais) se manifestam e constroem significados, percebem os limites e as implicações de suas ações e oferecem subsídios importantes à discussão dos múltiplos saberes que circulam e as muitas maneiras de cuidar possíveis no campo clínico, num duelo constante com os poderes institucionais instituídos.

Estamos tratando de sujeitos sociais, “atores sociais ativos, afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana, que se desenvolve em um contexto social de interação e de inscrição” (JODELET, 2009, p. 696). Há que considerar, então, que as sociedades se constroem por normas, valores, princípios que se explicam à luz dos contextos históricos, políticos, sociais, econômicos e padrões culturais que as engendram e, por conseguinte, marcam os sujeitos e se expressam nos e pelos seus corpos (DOURADO et al., 2018). Portanto, a biologia materializa as estruturas que nos dá a capacidade de pensar e sentir, mas é a cultura que organiza, orienta, destaca, oculta e altera os sentidos e os pensamentos.

Na disputa de saberes no campo da clínica do cuidado em saúde, não se pode negar que o corpo possui uma estrutura biológica que lhe dá a dimensão material da existência do ser humano, mas há que se compreender a sua dimensão sócio-histórica-cultural, uma vez que não se pode dissociar o ser humano da sociedade na qual se insere.

Estas afirmações respaldam-se na Antropologia de Marcel Mauss, que na década de 1930 estudou o investimento da cultura no corpo do Homem. Mauss lançou o conceito de técnica corporal¹ discutindo a questão da desnaturalização do corpo. Apontou a evidência de que as necessidades que emergem do corpo social desenvolvem modos eficazes de trabalhar os corpos dos indivíduos, que vão desde a educação dos sentidos do corpo até as técnicas simbólicas. O corpo, então, não se expressa “naturalmente”, mas por meio de técnicas corporais que cada sociedade particular efetua nos corpos dos indivíduos. A técnica, conforme define o autor, é um ato tradicional e eficaz e, portanto, passível de transmissão. E é exatamente isto que difere o ser humano do restante dos animais. (MAUSS, 1974)

Desta feita, “toda atividade humana é mediada pela cultura, pois graças a esse verdadeiro arsenal de signos e símbolos, que é a cultura, que a atividade humana adquire sentido e os seres humanos tornam-se capazes de se comunicar. Desta sorte, ao nível da sociedade, não existem fenômenos naturais” (SAFFIOTI, 1994, 271) É por isso que, ao se abordar o cuidado em saúde na prática e ao torná-lo objeto de pesquisa não se deve desprezar as camadas de contexto que o engendram, a cultura que o funda, os saberes nele implicados, pois são, na perspectiva destas camadas de contexto, que o fenômeno do cuidado, expressão da atividade humana (leiga e profissional), adquire sentido e se expressa em práticas de cuidado de si e de outrem.

O sujeito se situa no mundo por seu corpo e a sua participação no mundo passa pelo corpo (JODELET, 2009) e a experiência corporal, que se crê ser individual, modela-se pela sociedade e pelas relações frutos da experiência (BARBOSA, 2011). Nesse ínterim, considera-se que a ideia de corpo como patrimônio individual, de uso independente, autônomo, que expressa o livre arbítrio das decisões sobre as questões que se colocam na vida prática recrudescer nas situações de adoecimento, principalmente, quando as pessoas estão em processo de hospitalização. De um modo geral, na internação hospitalar, as pessoas vivem a situação de dependência quanto aos cuidados de si e enquadram-se em uma ordem institucional não familiar a eles.

Esta nova experiência de cuidado de si (ou em cuidar de si) é marcada pela perda da autonomia sobre o próprio corpo imposta pela situação de dependência nos cuidados, o que implica em uma reacomodação do autoconceito de corpo/sujeito. Isto porque, no processo de crescimento e amadurecimento sócio-psíquico, a pessoa cada vez mais passa a ter autonomia e domínio, principalmente no que diz respeito ao seu corpo – usos e cuidados a ele ligados. Quando adoecido e, principalmente, hospitalizado, o sujeito sofre várias perdas advindas do processo da hospitalização, ao ter que se enquadrar às normas próprias que as instituições exigem. Assim, perde-se a autonomia

¹ Postura, modos (movimentos) de se alimentar, de se higienizar, nas práticas sexuais, técnicas esportivas, entre outras.

sobre como, quando e por que realizar alguns cuidados genéricos e específicos com o seu corpo, passando este domínio à equipe que se torna responsável pelo mesmo (FERREIRA et al., 2002). Acrescenta-se ainda, que no campo institucional da saúde, há valorização do discurso técnico-científico e o saber profissional se impõe.

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, uma vez que lhes dá a possibilidade de participação no cuidado a partir de seus próprios saberes, não destituindo o domínio sobre o seu próprio corpo. Reconhecer a validade dos saberes práticos dos sujeitos implicados no cuidado em saúde colabora para a negociação, necessária para o processo de adesão às terapêuticas. E nesse sentido, o conceito de não hierarquização dos saberes e o reconhecimento da validade de todos os saberes - técnico, científico,êmico (senso comum) – considerando os seus fins, se aplica e dá ao sujeito o protagonismo sobre si e seu cuidado.

É fato que vivemos em uma cultura dominante que estimula a competição, a luta, a hierarquia, a autoridade, o poder, a justificação racional do controle e dominação dos outros por meio da imposição das verdades da ciência. Tais características conduzem à desconfiança daquilo que não seja fruto das certezas advindas do controle do mundo natural, a não aceitar os desacordos como legítimos e pontos de partida para uma negociação e tais concepções conduzem as estratégias de convencimento e correções uns aos outros. Toleram-se as diferenças com a esperança de que, um dia, elas deixarão de sê-las. Impõem-se os saberes técnicos-científicos em detrimento do saber do outro, restringindo a sua mobilidade em áreas nas quais este “outro” sempre teve pleno domínio (MATURANA, 2004).

Munidos do saber técnico-científico, muitas vezes os profissionais se apropriam do direito de decidir o que é ou não legítimo para o outro no campo do cuidado em saúde, estabelecendo uma relação hierárquica que produz e reforça comportamentos de obediência / subordinação. Mas o campo do cuidado, por ser um espaço potencial de relações e interações humanas, oferece possibilidades para que as pessoas transcendam e definam novas formas de convivência e estabeleçam uma rede de conversação que constitua uma cultura de cuidado, construída na intersubjetividade dos partícipes (FERREIRA; SILVA, 2018), entrelaçando conhecimento, linguagem, razão e emoção. A rede de conversação, conforme conceitua Maturana (2004), congrega as atividades e os afazeres humanos e, como tal, expressa a cultura que nos faz Humano.

Desta feita, o cuidado, como uma atividade humana, se expressa em uma cultura pessoal-profissional que se constrói e se reconstrói na relação intersubjetiva que se estabelece entre o

profissional e o usuário, e no terreno móvel das representações (que articulam conhecimento/informação e afetos) pode indicar alternativas para a sua negociação. E é exatamente nessa trama que repousa o potencial e também um dos desafios da pesquisa de representações sociais.

Há uma potência de possibilidades do modelo de produzir conhecimento quando se acessa o outro naquilo que ele tem de genuíno - seus saberes e afetos, mas também é preciso refinar as relações humanas para que a interação entre os envolvidos no processo ocorra e o acesso à subjetividade seja possível e produtivo. Nesse empreendimento, o treinamento teórico e uma entrevista em profundidade realizada com base em um roteiro de entrevista cuidadosamente preparado à luz dos conceitos e epistemologia da TRS são importantes aliados da pesquisa (SILVA; FERREIRA, 2012).

Vencido esse desafio, a pesquisa de representações sociais sobre o cuidado em saúde pode auxiliar para que sejam vencidos outros desafios das práticas de saúde. A geração de representações sociais sobre o cuidado no campo da saúde pode ajudar a desvelar os sujeitos envolvidos nesse processo, nos dando a conhecer as pessoas e suas inserções no mundo da vida e do trabalho, e fazendo emergir as subjetividades.

A compreensão com aceitação dos saberes e os lugares que cada qual ocupa em suas instâncias – técnico-científicos por um lado e senso comum/práticos de outro – é um desafio que se coloca na prática profissional do campo da saúde e é uma das condições para se implantar um cuidado congruente, ou seja, aquele que resulta da combinação do conhecimento ético e do conhecimento êmico, propósito que Ayres (2009) defende como aplicação da sabedoria prática no cuidado em favor das boas escolhas no cuidado em saúde. Para tanto, é preciso exercitar a negociação, a pactuação necessária a esta construção em um campo que, pela sua própria organização, prega a hegemonia dos saberes considerados legítimos – os da ciência biomédica.

As pessoas são dotadas de vontade e, embora muitos dos comportamentos humanos denotem passividade, a vontade não é passiva. A vontade expressa o domínio do sujeito sobre si. E é a manifestação da vontade que possibilita a libertação das amarras institucionais e a expressão de estratégias de fuga das normatizações que tornam as ações de cuidado preditivas e pouco criativas.

Compreender que os sujeitos são ativos e criativos nos processos de construção de seus saberes e que, portanto, podem tomar para si o protagonismo de suas ações, implica também na compreensão de que seus atos estão imersos em um contexto cultural-social, o que abre inúmeras possibilidades de soluções para os problemas que se colocam no cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de toda a normatividade própria das culturas institucionais de saúde, as pesquisas de representações sociais sobre o cuidado em saúde podem trazer à tona as experiências dos profissionais no processo de cuidar e dos usuários na vivência deste processo, os afetos e os saberes de ambos e as suas disposições para compreender a necessidade de imbricarem tais saberes em favor de um sucesso prático terapêutico.

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, ampliando as possibilidades de sua participação no cuidado e de maior domínio sobre si. A pesquisa, nesse caso, pode ser uma importante aliada, não só pela geração de conhecimento sobre o tema, mas por preparar os profissionais pesquisadores à luz de tais conceitos. Nesta condição, a própria pesquisa assume um papel estratégico colaborativo à clínica – eis, aqui, mais um desafio.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BARBOSA, Maria Raquel; MATOS, Paula Mena; COSTA, Maria Emília. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 24-34, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BORGES, Moema da Silva; Queiroz, Lillian Silva; Ribeiro, Aldry Sandro. A gente não quer só remédio: representações de pacientes sobre o cuidado de enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.**; 14(2):219-225, jan/mar, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/109>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

DOURADO, Cláudia de Souza et al. Corpo, cultura e significado. **J Hum Growth Dev.** 2018; 28(2):206-212. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2019.

FERREIRA, Márcia de Assunção. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200214&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

_____ et al. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 387-396, dez. 2002. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1130>. Acesso em: 14 ago. 2019.

_____; SILVA, Rafael Celestino da. Saberes e práticas de cuidado em saúde e relações com a clínica do cuidado de enfermagem. In: SILVA, Antonia de Oliveira; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRN, 2018. p. 305-322.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

JUNGES, José Roque. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4327-4335, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2019.

LEININGER, Madeleine M. Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. **Nursing Science Quarterly**, 1(4), 152-160, 1988. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848800100408>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MATURANA, Humberto. Conversações matrísticas e patriarcais. In: MATURANA, Humberto; VERDEN-ZOELLER, Gerda. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas-Athena; 2004. p. 29-115.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974. v. 2; p. 209-233.

MARKOVA, Ivana. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 47, n. 163, p. 358-375, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000100358&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 139-146, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

ROSA, Milton; OREY, Daniel Clark. O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagens ética, ética e dialética. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 865-879, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SÁ, Celso Pereira de. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Posfácio: conceituando o gênero. In: SAFFIOTI HIB; MUNOZ-VARGAS M (orgs.) **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; NIPAS; Brasília: UNICEF; 1994. p. 271-283.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-612, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2019.

Cuidado em Saúde: É Possível Separar o Saber Científico do Saber de Senso Comum?

Health Care: Is It Possible To Separate Scientific Knowledge From Common Sense?

Atención En Salud: ¿Es Posible Separar El Conocimiento Científico Del Conocimiento Del Sentido Común?

Maria de Fátima de Souza Santos

UFPE

Recife, PE- Brasil

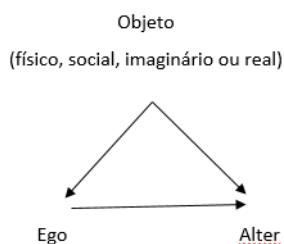
fatimasan@uol.com.br

O debate de ideias é o que move a pesquisa acadêmica e é o coração da atividade científica. O convite para discutir um trabalho apresentado por pesquisadores seniores ou pesquisadores em processo de formação, como é o caso das bancas de mestrado e doutorado, é uma oportunidade rica para nos debruçarmos e pensarmos juntos sobre um fenômeno, um tema ou um objeto de pesquisa. Nessa perspectiva, a atividade de pesquisa é, para mim, uma atividade coletiva por excelência. Agradeço, portanto, o convite para me inserir nesse debate sobre os desafios da pesquisa em representações sociais no campo do cuidado em saúde.

Como argumenta a autora do texto em debate, a pesquisa em representações sociais permite considerar o cuidado como um campo de negociação de saberes entre “o profissional que cuida e a pessoa a quem o cuidado se destina” e “(...) nesse ínterim, considerar a dimensão cultural implicada nas relações e as ações que envolvem o cuidado na saúde” (FERREIRA, 2019, p. 93).

Concordo com os argumentos utilizados e gostaria de acrescentar alguns pontos para o debate. A primeira questão que destacaria é que na base da teoria das representações sociais está a proposta de rompimento com o esquema clássico das teorias do conhecimento que considera apenas a relação ente o sujeito cognoscente e o objeto do conhecimento. Moscovici introduz um novo esquema, uma leitura ternária “dos fatos e das relações” (1984, p. 9). Ele propõe a construção de um “um olhar psicossocial” sobre os fenômenos humanos e sociais. Esse olhar psicossocial foi traduzido em um diagrama triangular que coloca em relação o sujeito do conhecimento (Ego), o objeto de conhecimento e o Alter.

Figura 1: Olhar psicossocial



Fonte: Olhar psicossocial, Moscovici (1984)

Nessa nova perspectiva, o sujeito do conhecimento não é um sujeito solitário em sua relação com o objeto de conhecimento. O olhar ternário proposto por Moscovici

leva a pensar o sujeito em sua relação com o objeto na e pela relação do sujeito com os outros e na relação dos outros com o objeto, duas dimensões ipso facto mediatizadas no que é empiricamente observável. A dinâmica das mediações constantemente desenvolvidas nesta ótica permite colocar as bases de uma leitura psicossocial dos fenômenos, ultrapassando o arbitrário da dicotomia "sujeito-objeto" e da oposição "individual-social". (APOSTOLIDIS, 2006, p. 8)

Moscovici (1984) nos chamava a atenção de que toda relação com o objeto é mediada pelo outro. No campo da saúde aqui tratado, toda a relação com o cuidado deve levar em conta que tanto o sujeito que cuida quanto aquele a quem o cuidado se destina são sujeitos sociais e, portanto, são orientados por dinâmicas sociais interacionais, posicionais ou de valores e de crenças.

Se, de um lado, como afirma o argumento principal do texto em debate, temos que considerar que a pessoa que é cuidada traz para a relação um conjunto de saberes práticos construídos no jogo das relações sociais, por outro lado, o profissional que cuida traz para a interação não apenas um saber formal, científico. O profissional em saúde, como de resto todo profissional, não atua em um vácuo social.

Ao se estudar a prática profissional como um tipo de prática social é preciso levar em conta a negociação de saberes e a experiência vivida pelos próprios profissionais. Como afirmado em outra ocasião (SANTOS, 2016), a partir dos estudos desenvolvidos na Universidade de Toulouse II por Michel Bataille e seus colegas, Jodelet chama a atenção de que a prática profissional não é guiada apenas pelo saber científico e que é necessário se estabelecer

(...) uma diferença entre três tipos de representações das tarefas profissionais: 1) as representações compartilhadas na sociedade que constituem o recurso mental dos agentes no momento de sua entrada na formação; b) as representações socioprofissionais que são delineadas no curso da formação e 3) as representações profissionais que são cristalizadas no momento em que o agente exerce uma atividade profissional concreta. (2011, p. 25)

O profissional em saúde traz para o campo de sua atuação os saberes construídos na sua formação acadêmica, portanto, saberes científicos e técnicos, mas por ser humano e se constituir como sujeito em um mundo social, em que normas, valores, crenças, preconceitos, saberes de senso comum fazem parte do seu processo de socialização, não se pode afirmar que ele seja guiado apenas por um saber formal. Os trabalhos de pesquisa baseados na teoria das representações sociais sobre as práticas profissionais têm demonstrado a negociação de saberes formais e de senso comum que orientam as práticas profissionais.

Em um trabalho realizado com profissionais que atuavam na assistência a usuários de droga em diferentes serviços de uma rede de atenção psicossocial, Mota (2016) destaca os diferentes campos de referência que orientam a atuação dos profissionais no cuidado aos usuários de drogas.

(...) percebe-se que os profissionais apresentam diferentes saberes na compreensão do cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Deste modo, destacam a importância da reforma psiquiátrica e conseqüentemente da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, mas os limites surgem ao mencionarem as dificuldades no lidar com o usuário de crack, realizar um trabalho em rede, como também quando se referem às precárias condições de trabalho (MOTA, 2016, p. 161-162)

Do mesmo modo, Alves (2016), ao investigar profissionais de saúde e de assistência e suas representações e práticas relativas à violência em uma rede de assistência, concluiu que são representações de objetos variados, os contextos de formação, as condições de trabalho, o gênero profissional, é a negociação entre saberes científicos, do senso comum e a experiência vivida que terminam por influenciar as práticas, ao mesmo tempo em que as práticas constroem representações sociais. Ao focalizar as práticas profissionais relativas à violência, a autora traz à tona o preconceito dos profissionais relativo à pobreza, à família pobre. Os profissionais explicam a violência como algo quase “natural” naquela população, decorrente de “famílias desestruturadas”. A violência é percebida como um componente de suas vidas.

Chama-nos a atenção nos diferentes trabalhos com profissionais, o conjunto de saberes que se articulam em torno da prática profissional e, sobretudo, as diferentes práticas das quais lançam mão os profissionais diante da realidade concreta. Face às dificuldades cotidianas, os profissionais buscam soluções e constroem normas e referências de trabalho (ALVES, 2016) que os levam muitas vezes a usar práticas aparentemente contraditórias.

A construção de diferentes saberes em um mesmo contexto, grupo social ou no mesmo indivíduo é o que Moscovici (1961) denominou de polifasia cognitiva. São as diferentes racionalidades que convivem simultaneamente no pensamento social. Assim, é possível usarmos o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum simultaneamente para orientar e justificar nossas práticas. Podemos destacar como exemplo a dificuldade que têm os profissionais de saúde em pensar o idoso como uma pessoa que vive sua sexualidade. Essa dificuldade tem repercussões na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nessa etapa da vida.

O texto de Márcia Ferreira problematiza a hegemonia do saber científico em nossa sociedade e nos faz refletir sobre o processo de interação que se estabelece entre o profissional de saúde e a pessoa que está sendo cuidada. A autora focaliza em sua argumentação a importância de se considerar os saberes de senso comum, os saberes práticos que o usuário traz para a relação. Ela defende, e eu concordo totalmente com sua argumentação, que

Considerar os saberes práticos das pessoas sobre o cuidado contribui para a não reprodução das condições de submissão dos usuários aos profissionais, uma vez que lhes dá a possibilidade de participação no cuidado a partir de seus próprios saberes, não destituindo o domínio sobre o seu próprio corpo. Reconhecer a validade dos saberes práticos dos sujeitos implicados no cuidado em saúde colabora para a negociação, necessária para o processo de adesão às terapêuticas (FERREIRA, 2019, p. 98).

Aliado a esse argumento, na medida em que colocamos o foco também no profissional e consideramos que ele não atua baseado apenas no saber formal, posto que ele também seja um sujeito social, tornamos ainda mais complexa a questão aqui apresentada. A ideia de Moscovici (1994) de que “o homem é filho e pai de seu tempo” se alia à ideia de que o universo reificado e o universo de senso comum se articulam no exercício da prática profissional. Concordamos com Márcia Ferreira ao considerar que os saberes do senso comum dos usuários sejam fundamentais para que não se reproduzam relações de submissão dos usuários aos profissionais. Acrescentamos, entretanto, a importância de focalizar os diferentes saberes que guiam a prática profissional e de considerar que, no contexto do cuidado, a atuação do profissional tem como referência o saber técnico-científico articulado com outros saberes, como valores, crenças e preconceitos, forjados na inserção social do profissional. Isso é fundamental para não reproduzirmos as relações de poder dos profissionais frente aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. **Entre a rodoviária e a prisão sem muros**. Sentidos e práticas sobre violência para profissionais de uma rede assistencial. 2016. 482 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – PPG em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.
- APOSTOLIDIS, T. **Contexte social et rapport à la santé: une contribution psychosociale**. HDR, Laboratoire de Psychologie Sociale, Université d’Aix-Marseille, 2006.
- FERREIRA, M.A.F. Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde. **Intervozes: Trabalho, Saúde e Cultura**. Petrópolis: v.4, n.2, p.90-100, novembro2019.
- JODELET, D. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, v.19, n.1, p. 19-26, 2011.
- MOSCOVICI, S. Introduction. Le domaine de la psychologie sociale. In: MOSCOVICI, S. (dir.) **Psychologie sociale**. Paris : P.U.F. , 1984, p. 5-22.
- MOSCOVICI, S. The proof of the pudding is still in the eating. Conferência ministrada na **II Conférence Internationale sur les Représentations Sociales**. Rio de Janeiro, 1994.
- MOTA, V. L. Drogas, políticas e formas de cuidado. In: SANTOS, M. F. S.; ALÉSSIO, R. L. S.; ALMEIDA, A. M. O. (org.). **Olhares entrecruzados sobre as drogas**: contribuições da psicologia social. Em: A perspectiva psicossocial no estudo das Brasília, DF: Technopolitik, 2016, p. 139-167.

SANTOS, M. F. S. Représentations sociales en Amérique Latine: histoire et évolution, Conferência apresentada na **XIII Conférence Internationale sur les Représentations Sociales**, Marseille, 2016.



La Producción De Conocimientos Y Saberes Implicados En El Cuidado De La Salud

The Production Of Knowledge And Wisdoms Involved In The Care Of Health
A Produção De Conhecimentos E Saberes Implicados No Cuidado Da Saúde

Noemí Graciela Murekian

Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Córdoba-Argentina
noemimurekian@fibertel.com.ar

En primer lugar, agradezco la invitación de la Revista Intervozes para comentar los contenidos reflexivos y críticos expuestos por Márcia de Assunção Ferreira sobre la producción de conocimientos y saberes implicados en el cuidado de la salud como objeto de estudio psicosocial.

La autora deriva su análisis de las fuentes originales en que se generó y desarrolló la teoría y la investigación en representaciones sociales (MOSCOVICI, 1961,1976; HERZLICH, 1969; JODELET, 1989). Encuadre que proviene del particular interés en torno a objetos y procesos inscriptos en el campo de la salud/salud mental a partir de los cuales fue posible fundar una epistemología del sentido común. La autora destaca las tensiones que revelan tales estudios y la vocación por abordarlas en su multidimensionalidad. De este modo, la distinción entre conocimiento científico / saber profesional, y conocimiento cotidiano / saber del sentido común, se constituirá en el eje a partir del cual estructurará y fundamentará su debate.

La intensión de atravesar la dinámica interactiva de los actores sociales que coparticipan en tales tensiones no sólo subraya su relevancia teórica y empírica, sino también su dimensión ética y práctica. Es decir, en lo que concierne a la calidad de las acciones desarrolladas en el terreno de la salud pública. La autora convoca así a asumir el desafío de investigar y hacer explícito el compromiso múltiple que aflora en cada momento del cuidado de la salud en los niveles subjetivo, inter-subjetivo y trans-subjetivo. Niveles que recuerdan las tres esferas de imbricación de las representaciones sociales en un espacio-tiempo de intervención: *no hay intervención que no tome en cuenta las RS* (JODELET, 2007, p. 197). Y si bien su interés no se detiene específicamente en la calidad de la intervención biomédica, ésta es interpelada a partir de una propuesta superadora que alienta las posibilidades de enriquecerla resituando los saberes profesionales y cotidianos en un plano de cooperación *a favor de un logro práctico terapéutico* (FERREIRA, 2019, p.98).

En efecto, el cuidado como *práctica social* (FERREIRA, 2019, p. 90 y 92) se desarrolla tanto en la intimidad del autocuidado como en el cuidado familiar, en la interacción con los especialistas, así como dentro del ámbito social e institucional que los contextualiza y contiene. Parafraseando a Denise Jodelet (2007): no existe individuo aislado, no existe pensamiento desencarnado (el cuerpo, el pensamiento y el sentir de un sujeto están implicados en su propio cuidado), existe un contexto social de integración e inscripción (en el cual especialistas y no especialistas, usuarios y familiares,

producen y recrean saberes técnicos y legos), y un espacio social y público (en el que las normas intervienen delimitando criterios, políticas y campos de actuación).

No obstante, la historia de la hegemonía del modelo biomédico¹ interviene en el momento en que un sujeto que padece y requiere asistencia hospitalaria, delega su capacidad de autocuidado - *cuidado émico*² (FERREIRA, 2019, p. 93) en un otro que detenta el poder otorgado por la ciencia médica y sus y las instituciones - *cuidado ético* (FERREIRA, 2019, p. 94). Un poder que se traduce en acciones políticas que naturalizan ese poder y, por lo tanto, conllevan el riesgo de reforzar viejas dicotomías y de eclipsar las posibilidades de un intercambio fluido y solidario de saberes.

Frente a tales riesgos, el componente antropológico (MAUSS, 1930) y sociológico (SAFFIOTI, 1994) convocados por la autora, horizontalizan la cultura compartida y *desnaturalizan* el sentido del cuerpo, socializándolo. De esta manera, los diferentes actores sociales del cuidado se igualan en términos de producción de saberes en el mismo ámbito y devenir de su interacción. Contexto de vida que destaca la necesidad de un proceso negociador de sentidos en el que se encuentran mutuamente involucrados. De allí el desafío que implica estudiar las representaciones sociales en un medio poco afín a la valoración del saber cotidiano, popular, y por ello, expuesto al clivaje y dislocación de saberes en el campo de las acciones sanitarias del cuidado.

La investigación interdisciplinaria que se infiere de su propuesta, descubre y expone la compleja gravitación de las representaciones sociales en el cuidado sin por ello negar los saberes profesionales. En efecto, la convergencia y mutua implicación entre los saberes experienciales (JODELET, 2015) y profesionales remiten a un plano social en el que se dirimen luchas de atribución de sentido y de incumbencia.

Sandra Jovchelovitch lo ha expresado en términos genéricos:

La representación social es también un saber, que no puede ser considerado idéntico al de la ciencia, pero no por eso pierde racionalidad. Más bien, asume "otra" racionalidad. Esa racionalidad posee lógica propia, que debe ser entendida y considerada en términos propios, y no con referencia a un patrón lógico ideal, que niega la variación de los fenómenos cognitivos concretos y su realización en varios contextos humanos (JOVCHELOVICH, 2011, p. 9).

En suma, un campo de estudio cuya materialización brindaría insumos para la comprensión cualitativa de la producción de saberes en el campo de la salud y el cuidado, referente socio-histórico y psicosocial de cierta *polifasia cognitiva* (MOSCOVICI, 1976, p. 286). Es decir, aquella objetivada en

¹ El antropólogo Eduardo Menéndez lo caracterizó como Modelo Médico Hegemónico (1988, 1998).

² Concepto que la autora retoma y desarrolla a partir de Leininger (1991) y también de Rosa y Orey (2012).

la coexistencia dinámica de distintas modalidades de conocimiento que se corresponden con las relaciones definidas entre los sujetos y su contexto³.

Desde la óptica jodeletiana, la propuesta investigativa en debate, al involucrar prácticas y experiencias cotidianas del cuidado en salud, aportaría tanto al conocimiento empírico de su propia facticidad como al conocimiento teórico de situaciones concretas (JODELET, 2007, p. 197). Assunção Ferreira revalidaría con ello la importancia de este gran contexto colectivo connotado por *saberes, afectos y pasiones* cotidianas (FERREIRA, 2019, p.93) aun cuando las acciones técnicas lo atraviesen vía las prácticas de intervención médica.

En la disputa de los saberes, en el campo de la clínica del cuidado en salud, no se puede negar que el cuerpo posee una estructura biológica que le brinda una dimensión material a la existencia del ser humano, pero se debe comprender su dimensión socio-histórica-cultural, ya que no se puede disociar al ser humano de la sociedad en la cual se inserta (FERREIRA, 2019, p.94).

La autora ha buscado desmitificar el conocimiento científico en el terreno del cuidado cuando éste se apropia hegemónicamente del mismo. Al hacerlo, ha valorizado epistemológicamente la experiencia cognitiva del sujeto. De allí que el presente debate se sostenga en un contexto de diversidad de saberes, experiencias y derechos:

Frente al nuevo orden ético del cuidado y de la educación terapéutica (Jouet & Flora, 2010), el "saber experiencial" convierte al "paciente" en un "especialista" que puede compartir su saber con otros actores intervinientes en su mundo y su contexto de vida particular (JODELET, 2015, p. 75).

En resumen, es en la interface de la clínica, la investigación y la participación de los usuarios en el cuidado de la salud que el aporte de Márcia de Assunção Ferreira cobra su mayor sentido y aspiración. Rescato su visión activa y creativa de los sujetos en los procesos de construcción de los saberes, así como sus potenciales consecuencias: evitar la reproducción acrítica e irreflexiva de las condiciones de sumisión de los usuarios a los profesionales. Y agregaría: siempre que este giro contribuya al cuidado de su salud, condición que necesariamente implica investigar cada caso y cada contexto en su especificidad, apelando al estudio de las representaciones sociales. Aquí parece radicar el objetivo transformador de la autora: favorecer la libertad de elección y de participación del sujeto en el habitado campo del cuidado en salud.

REFERENCIAS

FERREIRA, M.A.F. Desvelar, Reconhecer e Convergir: Os Desafios de Pesquisar os Saberes Implicados no Cuidado em Saúde. **Intervozes**: Trabalho, Saúde e Cultura. Petrópolis: v.4, n.2, p.90-100, novembro2019.

HERZLICH, C. **Santé et Maladie**. Analyse d'une Représentation Sociale. Paris: L'EHESS, 1984.

³ En pág. 5, Assunção Ferreira lo refiere en otros términos: *O cuidado tem um conceito polissêmico, construído por referenciais da ciência, tecnologia, filosofia, com conotação técnico-profissional, intencional, atitudinal, traduzido em práticas que envolvem relações humanas (QUEIROZ, 2015).*

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

JODELET, D. Experiencia y representaciones sociales. In: E. Romero (ed.) **Representaciones sociales. Atisbos y cavilaciones del devenir de cuatro décadas**. Puebla: Ed. BuaP, 2004.

JODELET, D. Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. In: RODRIGUEZ SALAZAR, T., GARCIA CUIEL, M-L (coords.) **Representaciones sociales**. Teoría e investigación. Universidad de Guadalajara, 2007, p. 191-217.

JODELET, D. O encontro dos saberes. En: CORREIA JESUÍNO, J.; MENDES R. P., F.; LOPES, M. J. (orgs.): **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, 2015, p.59-79.

JOUET, E. & FLORA, L. Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé. **Revue Pratiques de Formation**, n. esp., 2010.

JOVCHELOVICH, S. Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público. In: ALMEIDA, A. M. DE OLIVEIRA, SOAUZA, M. DE F., & TRINDADE, Z. (eds.) **Teoria das representações sociais – 50 anos**. TechnoPolitik Editora, Rio de Janeiro, 2011, p. 159-176. Versión on line: LSE Research pp. 1-10: <http://eprints.lse.uk/38411/>

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974, v. 2, p. 209-233.

MENENDEZ, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. In: **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**, Buenos Aires, 30/04/1988, p. 451-464.

MENENDEZ, E. Modelo Médico Hegemónico. Reproducción técnica y cultural. In: **Natura Medicatrix**. n.51, octubre 1998.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1976.

SAFFIOTI, H.I.B. Posfácio: conceituando o gênero. In: H.I.B. SAFFIOTI, M. MUNOZ-VARGAS, organizadores. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília: UNICEF, 1994, p. 271-283.



Internación Y Cuidados. Retos Para La Investigación En Representaciones Sociales

Hospitalization And Care. Challenges For Research In Social Representations

Hospitalização E Cuidados. Desafios Para A Pesquisa Em Representações Sociais

María Cristina Chardon

UNQ/UBA

Buenos Aires, BA-Argentina

crischardon@gmail.com

The term "beautiful" must be reserved for an idea that can lead to the discovery of more ideas, and for an invention that is fruitful to future inventions. Moscovici's "oeuvre" has never been a project for pure imitative repetition or replication as it is often the case in psychology. His work proposes itself as an impulse to open new avenues of discovery. It is in this sense that Psychoanalysis, its image and its public is to be considered seminal: it gave rise to new invention (JODELET, 2008)

La lectura del artículo de Marcia nos produce inquietud, turbación, interrogantes teóricos y preguntas metodológicas en el campo de la teoría de las representaciones sociales. ¿Por qué? Porque se propone problematizar la hegemonía de la clínica en su confrontación con los saberes tanto de profesionales como de los usuarios del sistema de salud. Expresa su intención de "reflexionar sobre los saberes implicados en el cuidado en salud" tanto en las personas, familias y colectividades como en las actividades profesionales. Más específicamente entre los saberes técnicos científicos, universos reificados por la ciencia y los de los usuarios. Es decir se introduce de lleno en poner en diálogo y en discusión ambos conocimientos.

Quiero destacar especialmente su contribución a pensar en estos tópicos asociados a la internación. Problematisa especialmente las tensiones producidas entre los saberes profesionales técnico científicos asociados a las temáticas del cuerpo; las cuestiones de la institucionalización hospitalaria con sus singularidades epocales y locales, entramadas con los saberes y prácticas de los usuarios de los sistemas de salud todavía sometidos al poder de la medicina.

Dicho de otra manera se introduce desde los primeros renglones en el núcleo duro de la teoría de las Representaciones Sociales ya que va a trabajar y a reivindicar como lo hace Moscovici (1979) al sentido común. El conocimiento vulgar que los "savant amateur", sabios aficionados han podido construir en el campo de la cultura sobre los cuidados. Y elige un escenario privilegiado: la internación hospitalaria y la situación de dependencia que genera. ¿Cómo se entraman en ese contexto particular, territorio de múltiples campos profesionales, los conocimientos y prácticas de profesionales y usuarios.

Desde nuestro punto de vista, (CHARDON, 2012,2017) los "cuidados" (*care, soín*) como objeto de estudio de las ciencias sociales, emergen a partir de las luchas de los grupos feministas para lograr el voto, en la Inglaterra de fines del siglo XIX. Ellas son las que corren el velo que arropaba la

naturalización, falta de remuneración y desvalorización que los cuidados femeninos habían tenido hasta ese momento de la historia. Habían estado recluidos en el campo de lo doméstico y familiar durante siglos, por una sociedad patriarcal, capitalista, heterosexual, blanca, occidental, cristiana.

Cuando se habla de los cuidados como legado de los feminismos y como toma de conciencia de los DESC, Derechos Económicos, Sociales y Culturales consagrados por las Naciones Unidas en 1967 en el que aparece el derecho a cuidar y ser cuidado, como uno de los Derechos Humanos nos interpela una pregunta: ¿estos “cuidados” de los que hablamos hoy, tienen el mismo estatuto epistemológico que lo que se sostiene en el sentido común como cuidados? Y los profesionales como han incluidos el tema de los derechos en sus conceptualizaciones y prácticas?

O dicho de otra manera, ¿cómo indagar desde lo metodológico, si la dimensión de los derechos está contenida, tenida en cuenta, en las representaciones sociales de cuidados de los usuarios? Pero también y al mismo tiempo en forma solidaria, en la de los profesionales. No sólo en sus concepciones, sino ¿sus prácticas incluyen esa dimensión? ¿Cómo?, ¿de qué manera?, ¿cuándo? ¿Y los sistemas de salud? Han incluido estos derechos en la organización de la vida cotidiana de los mismos?

En la tradición de las representaciones sociales, se nos impone como asociación, el trabajo pionero de Denise Jodelet (1989) en la localidad de Ainay-le-Chateau, en la Francia de los ochentas.

Allí Jodelet en su indagación sobre temas de salud mental, en particular las condiciones de producción de la convivencia en las granjas de la localidad, entre sufrientes mentales y personas de la comunidad, da particular preeminencia en sus elecciones metodológicas, al hecho de que la vida cotidiana se produce en la institución familiar. La observación participante va a ser la llave que le permita abrir ese mundo de convivencia ya que las representaciones sociales se ponen en acto en las prácticas cotidianas. Y como están inscriptas tanto en el lenguaje como en las prácticas, esto le marca el camino de los abordajes multimetodológicos o plurimetodológicos que se mencionan desde hace tiempo, tanto en las CIRS como en las JIRS.

Cuando Markova (1996) se ocupa de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales señala “a diferencia de la mayoría de las teorías del conocimiento lego, la teoría de las representaciones sociales se ocupa de la interdependencia de los procesos de pensamiento conscientes (reflexivos) y no conscientes (habituales, automatizados)” (MARKOVA, 1996, p.163).

La problematización metodológica será, teniendo en cuenta la experiencia jodeletiana y la reflexión markoviana ¿a través de qué procesos se presentarán las representaciones sociales que se intenta descubrir en cada investigación? No se trata de recetas o de protocolos de prescripciones, sino del marco teórico y de interrogantes específicos que cada situación objeto de investigación nos presenta. Es por eso que el abordaje a través de una sola técnica resulta totalmente insuficiente para

acceder a los múltiples aspectos que incluyen las representaciones sociales: cognitivos, afectivos, valorales, culturales, ético-políticos y sus dimensiones en las prácticas.

Se cuele el tema de los tiempos y sus formas de indagación. Los tiempos de los cuidados que se entran en la vida cotidiana, pero particularmente en la internación hospitalaria. ¿Cómo se negocian esos tiempos, con los tiempos instrumentales del hospital? Se superponen, se hacen visibles y se puede hablar de ellos. ¿Se imponen o se respetan? ¿Quiénes son los interlocutores por el hospital: los médicos, las enfermeras, los reglamentos, los horarios de visita? ¿Y por los usuarios? ¿Son los familiares, las/los mismos usuarios? ¿Hay situaciones especiales, para las personas de mayor vulnerabilidad, niños, discapacitados, sufrientes mentales, adultos mayores? ¿Cómo indagarlos? ¿Con entrevistas en profundidad, solamente? ¿Cómo observar las prácticas? Las de los profesionales quizás en sus rondas, en los ateneos. La de los usuarios, con sus familiares, en las salas de espera, en sus momentos de reflexión. En las entrevistas conjuntas?

Genera un diálogo fecundo con los conceptos de técnicas corporales de Marcel Mauss, para llamar nuestra atención sobre cómo la medicina biologicista sigue conceptualizando y tomando los cuerpos en sus prácticas. Nos abre interrogantes sobre el auto-cuidado y lo que Foucault ha llamado “el cuidado de sí”, la *epimeleia heautou* que los griegos consagraron en su mundo cultural.

Toma en cuenta y nos introduce en las temáticas de la supremacía del discurso de la ciencia y en ocasiones de su impotencia, para poner énfasis en los procesos de negociación de los saberes de legos y profanos en la internación. Nos llama la atención sobre los procesos de “corresponsabilidad terapéutica”. Son estos desafíos los que la autora señala muy claramente, para realizar investigaciones de cuidados en salud dentro del ámbito hospitalario.

¿Es posible acelerar los tiempos de pasaje entre el reconocimiento encarnado en norma jurídica, (el derecho a cuidar y ser cuidado) y el ámbito de lo social, que sea aceptado, reconocido y ejercido por todos? ¿Cómo actúan el poder, las creencias religiosas, la presencia en las agendas públicas, los aspectos económicos, para que se logre la apropiación de ciertas temáticas como los cuidados, la desmanicomialización, la inclusión de todas las diferentes minorías? ¿Cómo afectan en la construcción de subjetividad de pacientes y profesionales estos tópicos?

Genera nuevas preguntas sobre la adherencia a los tratamientos y su interrelación con los saberes del sentido común y el pensamiento de la ciencia sostenido por profesionales de diferentes disciplinas.

Retoma en las consideraciones finales los aspectos creativos tenidos en cuenta en la construcción moscoviciana de las representaciones sociales, al considerar fundamental la construcción de un sujeto epistemológicamente activo. ¿Cómo capturar la creatividad en los sistemas de salud, en profesionales y usuarios que puedan dar cuenta de los avances en las consideraciones del bienestar y la calidad de vida?

Todo el artículo de Marcia me despierta inquietudes metodológicas. ¿Cómo se indaga en ese terreno de disputas, en ese campo de tensiones en lo que ella misma llama “duelo constante entre lo instituido y lo instituyente”?

Al comienzo del artículo cito a Jodelet que señala lo hermosas que son las ideas fructíferas, las ideas o propuestas cargadas de sentidos, que abren a nuevas ideas. Ese es el sentido “fructífero” que me ha producido la lectura. Muchos interrogantes que se abren desde lo que plantea Marcia al citar autores con los que dialoga o situaciones que describe. De adentro y de afuera de las Representaciones Sociales, pero con repercusiones y sentidos profundos que espero haber podido mostrar.

REFERENCIAS

CHARDON, M.C. Representaciones sociales. Los actores, las instituciones y las practicas. En: CHARDON, M. C.; MUREKIAN, N. G .SCAGLIA H. A.. **Investigaciones en Representaciones sociales en Argentina**. Problemas teóricos y producción empírica. Prólogo de Denise Jodelet. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2017.

CHARDON, M.C. El “cuidado” como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión. En: PEREGALLI, Andrés et al. **Maternidades, paternidades y adolescencias**. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz. Buenos Aires, México. Novedades Educativas, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E.: El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v. 7, n.1, p. 9-20. Enero-Abril, 2011.

FOUCAULT M. **El nacimiento de la clínica**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2008.

JODELET, D. Social Representations : a beautiful invention. **Journal for the Theory of Social Behaviour**. v.38, n.4, p. 411 – 430. December, 2008.

JODELET, D. **Folies et representations sociales**. Paris. PUF, 1989.

MARKOVA, I. En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En: PÁEZ, D. y BLANCO, A. **La teoría sociocultural y la psicología social actual** . Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje. España, 1996.

MOSCOVICI, S. **El psicoanálisis su imagen y su público**. Buenos Aires: Editorial Huemul, 1979.



Acerca De Saberes E Práticas E Sobre Como Contemplá-los Nos Cuidados Em Saúde: Elementos Para Instruir Debates, Pesquisas E Ações.

About Knowledge And Practices And How To Contemplate Them In Health Care: Elements To Instruct Debates, Research And Actions

Sobre El Conocimiento Y Las Prácticas Y Cómo Contemplanlos En La Atención De La Salud: Elementos Para Instruir Debates, Investigaciones Y Acciones.

Márcia de Assunção Ferreira

EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

marcia.eean@gmail.com

O convite para produzir um texto para integrar o número da Revista *Intervozes* sobre *Os desafios da pesquisa sobre Representações Sociais em Saúde* foi recebido por mim com muita alegria, afinal, venho me dedicando aos estudos da Teoria das Representações Sociais desde meados da década de 1990, e a cada leitura e debate se ampliam os saberes, as práticas e também as descobertas de que ainda há muito que aprender. Trata-se de uma Teoria viva, em constante evolução do ponto de vista epistemológico e metodológico, haja vista as novidades que sempre se apresentam nos eventos que ocorrem anualmente e que reúnem a comunidade científica que a aplica, e também aqueles que estão se iniciando no processo de aprendê-la e aplicá-la.

O lugar de fala do artigo produzido e posto em debate é o do cuidado em saúde, fruto da experiência de 31 anos de atuação no campo da Ciência e da Arte de cuidar, especificamente no da Enfermagem. Nessa trajetória, muitas foram as situações que nos colocaram frente aos desafios de lidar com as pessoas, nas suas mais diversas potências de vida, com alegrias e também sofrimentos. E muitas foram as oportunidades de diálogo com os mais variados grupos profissionais e populacionais, razão pela qual se justifica a eleição em debater o desvelamento, reconhecimento e a convergência dos saberes implicados no cuidado em saúde e os desafios que isto traz para o campo da clínica do cuidado e, por conseguinte, para a pesquisa.

Os debates que o artigo provocou e que constam dos textos das três pesquisadoras, Noemí Graciela Murekian, Maria de Fátima de Souza Santos e Cristina Chardon, reafirmam a hegemonia do saber científico que marca a dimensão profissional do cuidado, uma vez que a biomedicina se põe como representante da Ciência na validação das práticas socioinstitucionais (TESSER; LUZ, 2008). Não obstante, o cuidado, tratado no artigo em tela, é concebido no âmbito de dimensões técnicas e expressivas, que se concretizam na interação humana, e uma de suas características é o de se constituir em uma rede de conversação, que implica em:

Teia de trocas de saberes, com conteúdos técnicos, populares, importantes para a ampliação do conhecimento; ações de estímulo à construção de saberes, de representações sobre o cuidado e outros aspectos afins que envolvem o encontro do profissional e seus clientes (FERREIRA; SILVA, 2018, p. 309).

Por conseguinte, na clínica do cuidado interagem racionalidades que articulam lógicas que orientam práticas terapêuticas, sejam elas sustentadas nos domínios biomédicos, sejam nos domínios dos saberes não especializados, leigos, e porque não dizer na hibridez que resulta da articulação de todos eles. Esta é a problemática que sustenta o artigo, nos desafios que esta complexa circulação de saberes traz para a educação terapêutica e para a tomada de decisão acerca dos atos de cuidado em saúde.

Noemí Graciela Murekian torna mais evidente esta questão, quando traz à tona a valorização epistemológica da experiência cognitiva do sujeito e a coloca no campo da ética que circunda a educação terapêutica amparada em Jodelet (2015), ao afirmar que o "*saber da experiência*" converte o "*paciente*" em um "*especialista*". Nesse sentido, a ética implicada no atendimento aos usuários abrange não somente a aplicação dos saberes especializados dos profissionais em favor da segurança e das melhores abordagens possíveis à clínica, mas também à inclusão do usuário no seu processo de atenção, no respeito à sua autonomia e ao seu corpo e sua vida, no que Chardon destaca em seu debate como sendo um dos desafios da clínica: os processos de "*corresponsabilidad terapéutica*".

Esta corresponsabilização, quando e se entendida pelos envolvidos no cuidado, nos põe frente a outros desafios, um deles posto em debate de forma mais contundente por Maria de Fátima de Souza Santos sobre se é possível separar o saber científico do saber do senso comum. E tal questão provoca reflexões sobre a conformação dos saberes no encontro entre sujeito e objeto mediado por uma teia de relações. Em razão disso, a interação das racionalidades que se objetiva na polifasia cognitiva dos envolvidos nos processos de cuidar deve ser considerada no campo do cuidado em saúde - polifasia que ganhou destaque também no texto de Noemí Graciela Murekian.

Reconheço a importância crucial que o conceito de polifasia cognitiva tem para os estudos de representações sociais, mormente quando nos impomos o desafio de estudar e investigar os saberes da saúde e do cuidado, e por isso considero que os debates que o trouxeram foram a propósito de nos dar uma grande contribuição ao diálogo. Nossa posição é a de que esta polifasia enriquece as possibilidades de cuidado, uma vez que não se nega a aplicabilidade da lógica linear e objetiva da ciência e da lógica plural, complexa e subjetiva do pensamento leigo, como classifica Silva e Alves (2011), mas se reconhece a necessidade de consciência sobre ela, de modo que seja desvelada, reconhecida para que possamos convergi-la nas negociações com os usuários dos serviços de saúde e construir práticas de cuidados éticas e solidárias (FERREIRA, 2012).

Um dos caminhos para que essa consciência aflore pode ser percorrido com a aplicação da Teoria das Representações Sociais, que com sua pluralidade metodológica e sua sutil vocação criativa de

abordagem pode nos auxiliar “no entendimento do entrecruzamento de saberes médico-científicos com os saberes tradicionais, no desvendar do mosaico formado pela teia de significados e de valores socialmente partilhados que conformam os cuidados em saúde” (FERREIRA, 2016, p. 214).

Não obstante, a pesquisa sobre tais saberes e seus entrecruzamentos no campo da saúde desperta muitas inquietações metodológicas, como nos indica Maria Cristina Chardon, em face das disputas, domínios de poder e duelos entre o instituído e o instituinte. Neste objetivo, no campo da investigação científica tem-se avançado muito nos debates sobre modelos de pesquisa, quantitativos e qualitativos, na proposição de métodos e técnicas apropriados para responder as questões de pesquisa, a natureza do que se pretende conhecer e as respostas que se pretende dar (AUGUSTO, 2014).

Logo, as inquietações são legítimas, mas ressalta-se que a questão trazida pelo artigo ao debate informa que métodos/técnicas que coloquem os sujeitos nos centros dos processos produtores de conhecimento seriam as mais apropriadas por valorar aquilo que somente eles podem evidenciar - as suas próprias experiências e vivências, seus saberes e práticas construídos nas suas trajetórias de vida, as marcas em seus corpos e sentimentos. Salvo melhor juízo, o melhor caminho a trilhar na investigação sobre os saberes sobre a saúde e as práticas de cuidado nesse campo são os métodos/técnicas que evidenciem pesquisas “com” seres humanos e não “em” seres humanos, como nos incita debater Carnut (2019).

Na defesa de um movimento em que o sujeito/usuário seja o protagonista e assuma o domínio sobre si nos cuidados de sua saúde, há que se construir uma nova epistemologia no campo da saúde com revisitação de diferentes saberes e práticas que destituam a hegemonia da racionalidade biológica e se abra ao intercâmbio de diferentes sistemas culturais (NASCIMENTO et al., 2013). E nesse propósito, as representações sociais são importantes aliadas quando consideradas como matéria-prima na clínica e nos processos de cuidar.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Amélia. Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. **Forum Sociológico** [Online], 24 | 2014, publicado online em 01 nov. 2014. Acesso em 08 dez. 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/1073>. DOI: 10.4000/sociologico.1073

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 dez. 2019. Publicado em: 06 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912013>.

FERREIRA, M. de A. Sobre a solidariedade e a solicitude no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 1, abr. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5150>>. Acesso em: 04 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925150>.

_____. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200214&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160028>.

_____; SILVA, R. C. da. Saberes e práticas de cuidado em saúde e relações com a clínica do cuidado de enfermagem. In: SILVA, Antonia de Oliveira; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFERN, 2018. p. 305-322.

JODELET, D. O encontro dos saberes. In: CORREIA JESUÍNO, J.; MENDES R. P., F.; LOPES, M. J. (orgs.): **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes: 59-79, 2015.

NASCIMENTO, M. C. do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

SILVA, L. F. da; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400003>.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

O Teatro Como Representação, Entrevista Com Karine Teles

Theater As Representation, Interview With Karine Teles

El Teatro Como Representación, Entrevista Con Karine Teles



Foto: Francisco Teles Pizzi

*Vocês, artistas que fazem teatro
Em grandes casas, sob sóis artificiais
Diante da multidão calada,
procurem de vez em quando
O teatro que é encenado na rua.
Cotidiano, vário e anônimo, mas
Tão vívido, terreno, nutrido da convivência
Dos homens, o teatro que se passa na rua.
Bertolt Brecht*

RESUMO

A representação teatral é uma forma poética de uma coletividade expressar suas próprias representações sobre a realidade. Como manifestação artística complexa, ao longo da história, o teatro lança um olhar sensível, estético e ético, sobre as angústias e conflitos humanos, dá materialidade a seu imaginário, seus desejos e sonhos. Em tempos de tantos ataques à classe artística e à cultura, de censura a obras e espetáculos, é importante refletirmos sobre o papel do teatro como representação e, para tal, convidamos a premiada atriz, roteirista e diretora Karine Teles. Atuando desde os 14 anos, Karine construiu sua carreira no teatro, na Tv e no cinema dando vida a diferentes personagens femininas como Madame Dechirré, a dona de um bordel, em *Filhos da Pátria* (2017); Irene, a mãe emocionada de *Benzinho* (2018), Gilda, uma criadora porcos e galinhas (2018) e a forasteira Maria, em *Bacurau*.

ABSTRACT

Theatrical representation is a poetic form of a collectivity expressing its own representations of reality. As a complex artistic manifestation, throughout history, the theater casts a sensitive, aesthetic and ethical look on human anguish and conflict, gives materiality to its imagination, its desires and dreams. In times of so many attacks to the artistic class and culture, from censorship to works, plays and shows, it is important to reflect on the role of theater as representation, and to this end, we invite award-winning actress, screenwriter and director Karine Teles. Acting since she was 14 years old, Karine has built her career in theater, TV and film giving life to different female characters such as Madame Dechirré, the owner of a brothel, in *Filhos da Patria* (2017); Irene, *Benzinho's* thrilled mother (2018), Gilda, a pig and chicken breeder (2018) and outsider Maria, in *Bacurau*.

RESUMEN

La representación teatral es una forma poética de una colectividad que expresa sus propias representaciones de la realidad. Como forma de arte compleja, a lo largo de la historia, el teatro tiene una mirada sensible, estética y ética, sobre la angustia y los conflictos humanos, da importancia a su imaginación, sus deseos y sueños. En tiempos de tantos ataques contra la clase y la cultura artística, desde la censura hasta las obras y espectáculos, es importante reflexionar sobre el papel del teatro como representación, y para este fin, invitamos a la galardonada actriz, guionista y directora Karine Teles. Actuando desde que tenía 14 años, Karine ha construido su carrera en teatro, televisión y cine dando vida a diferentes personajes femeninos como Madame Dechirré, dueña de un burdel, en "Filhos da Patria" (2017); Irene, la madre emocionada de "Benzinho" (2018), "Gilda", una criadora de cerdos y pollos (2018) y María la forastera (extranjera) "Bacurau".

Regina Bortolini/Intervozes - A representação foi uma das primeiras formas de comunicação elaboradas pela humanidade. Representar é a arte do ator, da atriz. Mas o que é a representação pra você?

Karine Teles – A representação pra mim é o exercício da empatia. Se colocar no lugar do outro. Acho que ela existe desde que a humanidade existe porque ela é uma forma muito eficiente de espelho. Tanto para o ator quanto para o espectador. A gente representa papéis socialmente, mas como arte ela serve primordialmente para que a gente se coloque no lugar do outro. Tanto quem está em cena, quanto quem está assistindo se coloca no lugar daquela personagem. Por isso eu acho que é uma arte tão importante e fundamental que não vai morrer nunca. Porque é um exercício de amadurecimento, de compreensão da nossa humanidade, de quem somos e de não estamos sozinhos... de que as nossas questões, são questões de muitas outras pessoas também.

Regina Bortolini/Intervozes - O ato dramático expõe, ressignifica, dá sentido ao comum, ao que é mundano e ordinário? Como ele faz isso?

Karine Teles - A vida cotidiana de uma mãe de classe baixa quando filtrada pela lente do cinema, por exemplo, ganha complexidade e provoca empatia, mesmo em quem não tem semelhanças. Acho que os recortes dramáticos funcionam como lentes de aumento. Eles destacam aspectos específicos da vida e, chamando atenção pra eles, provocam reflexão.

Regina Bortolini/Intervozes - Clarice Lispector disse uma vez: "então sonhei um sonho tão bom: sonhei assim: na vida nós somos artistas de uma peça de teatro absurdo escrita por um Deus absurdo. Nós somos todos os participantes desse teatro: na verdade nunca morreremos quando acontece a morte. Só morreremos como artistas. Isso seria a eternidade?" O que você acha? A arte dramática permite transcender? Quando a arte é transcendente?

Karine Teles - Não sei se apenas a arte dramática permite transcender... Acho que eventualmente todas as artes podem alçar esse voo. Contraditoriamente imaterial, porém real, a arte é poderosa, transborda para além do seu tempo presente. O trabalho do artista é transformador, mas o que permanece é a obra. Afinal, o resultado da obra de arte está para além do artista, porque nenhuma obra de arte se completa sem o público.

Regina Bortolini/Intervozes - O teatro como evento é efêmero, mas naquilo que ele afeta o público é transcendente! É isso?

Karine Teles - Sim! A interpretação do artista é efêmera e o artista é limitado a seu corpo físico. A transcendência pode vir do encontro, do "evento". O acontecimento artístico (obra e público) pode ser poderoso, transcendente, e afetar de forma efetiva algumas pessoas presentes e marcar um lugar...

Regina Bortolini/Intervozes - Você comemorou seus 25 anos no palco com *OS ÚLTIMOS DIAS DE GILDA*. Por que essa peça? Por que essa personagem? O que ela representa pra você?

Karine Teles - Gilda é um texto fortíssimo do autor Rodrigo de Rouse, escrito pra mim há muitos anos... A primeira montagem desse texto aconteceu na Sala Paraíso do Teatro Carlos Gomes do Rio de Janeiro, quando eu tinha 25 anos de idade e estava ainda muito em início de carreira, apesar de já ser atriz há 10 anos na época. Gilda fala de preconceito e liberdade, de afeto e ódio, fala do embate ancestral entre o amor e o ódio. Na época em que fizemos o espetáculo pela primeira vez, eu sabia

que a minha experiência de atriz e de mulher ainda era aquém das necessidades do texto, mas mesmo assim tenho muito orgulho do que fizemos na época. Eu dizia que queria fazer Gilda de novo, depois que tivesse sido mãe - essa transformação violenta e poderosa na vida de uma mulher - e por isso escolhi remontar, revisitar, redescobrir esse texto. Gilda me coloca em contato com a força primal do feminino, com a generosidade, o acolhimento... Fora que trabalhar com o Camilo - meu grande amigo e artista que admiro profundamente, sempre me proporciona descobertas e me leva a novos lugares de possibilidades cênicas de maneira carinhosa e generosa. Para uma comemoração, uma marca do meu caminho, a alegria de ser Gilda me pareceu a melhor escolha.

Regina Bortolini/Intervozes - Fala um pouco dessa força primal do feminino tão presente em suas personagens.

Karine Teles - É difícil definir isso com precisão. Pra mim, é mais uma sensação do que uma coisa explicável. Acho que a energia feminina é a energia da criação, da vida, do amor, do acolhimento. A energia feminina está (pode estar) em homens e mulheres, está na natureza - a semente, a terra... a energia primal feminina pra mim é a força violentíssima da vida, de gerar vida...

Regina Bortolini/Intervozes - Como roteirista, de onde você tira elementos para construir suas narrativas e personagens? Você usa elementos do imaginário social na construção de personagens?

Karine Teles - Eu tiro da minha vida, da minha experiência, das minhas observações sobre a minha vida e a vida das pessoas ao meu redor... Claro que tudo isso filtrado pelas minhas referências muito ecléticas, de cinema, literatura, música, artes plásticas... Parto sempre de algum assunto, uma abordagem, que me interessa/incomoda/intriga e sigo a partir daí.

Regina Bortolini/Intervozes - A construção da personagem sempre exige muito do ator. Às vezes, a personagem é densa e, imagino, provoca processos subjetivos em que parte de sua emocionalidade está na personagem. Como é esse processo? Como você faz para lidar com isso? Pedacos da personagem ficam em você?

Karine Teles - Todas as personagens que eu faço são construídas através da minha subjetividade... da minha vivência ou das minhas observações, mas a não ser pelo exercício de prestar mais atenção a uma característica (que a personagem precise) mais do que outra por um tempo. Eu não "misturo as coisas". As questões de cada trabalho me transformam como um novo conhecimento adquirido, mas emocionalmente as coisas são bem separadas para mim. Eu uso as minhas emoções, mas não sou dominada por elas. O que fica em mim são as experiências, a vivência dos trabalhos, os lugares visitados (interna e externamente).

Regina Bortolini/Intervozes - *Bacurau* pode ser considerada uma alegoria da realidade brasileira? Qual a importância de um filme como *Bacurau* hoje?

Karine Teles – *Bacurau*, a meu ver, é uma alegoria da história do Brasil e de outros países da América Latina, invadidos com violência, desigualdade e raiva exploratória. Uma realidade que, infelizmente, ainda provoca nossas maiores mazelas. O filme é importante porque soma a outros filmes de outras culturas que discutem o mesmo assunto e provoca nas pessoas reflexões sobre a força da comunhão entre as diferenças e o orgulho de suas origens a partir do conhecimento de sua história. *Bacurau* fala sobre pessoas com consciência ampla e a mente aberta como agentes da resistência. Acredito que estamos num momento de grande transformação social por conta do maior acesso a

informação, estamos revisitando nossa história e começando a contá-la pelo nosso ângulo e não pelo olhar do dominador. Vários setores da sociedade têm se movimentado para estimular essa tomada de consciência. Ao mesmo tempo que uma força conservadora luta para permanecer no poder, muitos avanços estão sendo conquistados. Um filme como *Bacurau* estar 12 semanas em cartaz, em mais de 25 cidades no Brasil, é sinal que estamos atentos.

Regina Bortolini/Intervozes - Nesse sentido, você acredita que a arte, ao mesmo tempo que expressa a realidade, tem o poder de ressignificá-la? Contribuir para a sua transformação?

Karine Teles - Sim. Acredito que esta é a função da arte e por isso ela existe desde que os humanos existem.

Regina Bortolini/Intervozes - Uma última palavra!?

Karine Teles - Eu acredito que a única forma de evoluirmos social e humanamente é através da cultura.

“Envelhecimento e representações sociais”, organizado por Luiz Fernando Rangel Tura*Aging and social representations, organized by Luiz Fernando Rangel Tura**Envejecimiento y representaciones sociales, organizado por Luiz Fernando Rangel Tura***Luciene Lopes Baptista**

FMP/FASE

Petrópolis, RJ - Brasil

lucienebap49@gmail.com

Clara Nogueira

FMP/FASE

Petrópolis, RJ - Brasil

clara.nogueira@me.com

Ingryd Soares

FMP/FASE

Petrópolis, RJ - Brasil

igsoares13@gmail.com

Rafaela Amaral

FMP/FASE

Petrópolis, RJ - Brasil

rafa.scsa@gmail.com

O envelhecimento é retratado nesta obra enquanto um fenômeno complexo, multifacetado e interdisciplinar. Ao longo dos capítulos, os autores demonstram que o fenômeno do envelhecimento demanda uma compreensão muito além da dimensão biológica do ser humano, construída e modelada a partir de referenciais indissociáveis atrelados à cultura e ao social, e que, por sua vez, é influenciada por três elementos fundamentais: a cognição, ou seja, todo o apanhado de informações e conhecimentos com os quais se percebe e interpreta a realidade ao redor; os valores, ou seja, os critérios com as quais se baliza o julgamento de certo e errado; e os sentimentos ou emoções que imprimem sensações positivas e/ou negativas às vivências humanas. Para Luiz Fernando Rangel e Antônia Oliveira Silva, o processo de envelhecimento é construído na vida cotidiana através das relações e sentidos, enquanto as pessoas agem e reagem frequentemente alinhados com suas respectivas representações.

Neste sentido, faz-se necessário agregar abordagens teórico-metodológicas que permitam ao pesquisador contemplar as dimensões subjetivas dos fenômenos sociais. Investigar e compreender o envelhecimento requer ao mesmo tempo transitar por diferentes campos disciplinares, a fim de alcançar dimensões de subjetividade individual e coletiva permeadas e configuradas por mudanças socioculturais. A teoria das representações sociais surge, então, como uma abordagem com esta capacidade, na medida em que permite ao pesquisador “capitar o movimento subjetivo e de compreender/entender a realidade social, sem se desconectar de seus vínculos com as formas de organização social, as demandas das diferentes culturas e as características de um tempo e lugar.” (RANGEL; SILVA, 2012).

Segundo os autores, envelhecer é hoje “uma grande novidade coletiva” na medida em que o mundo está em franco processo de envelhecimento. No Brasil, o envelhecimento populacional já é um fenômeno demográfico apontado pela inversão da pirâmide etária da população, demandando mudanças culturais e nas políticas públicas que impactarão o dia a dia de todas as pessoas no que

tange ao modo de vida. Desde moradia, sistemas de locomoção, seguridade social, saúde pública, segurança pública, lazer, educação, trabalho e renda. Neste contexto, o processo de envelhecimento ganha visibilidade e relevância, impulsionando uma revolução cultural, modificando conceitos e o significado da velhice para diversos grupos de pessoas, sejam elas velhas ou jovens, que ofereçam ou demandem serviços, que produzam ou consumam produtos. Enfim, a mudança cultural que já está em curso provocará impactos nas relações sociais, nas relações entre gerações, nas relações de gênero, na concepção de saúde e bem-estar e na concepção de dignidade humana. Implica em formas de representação da vida social.

Este livro foi organizado em três seções, divididas em: primeira seção, com textos propedêuticos; segunda seção, com textos sobre o envelhecimento em diferentes contextos sociais; e a terceira seção, com textos sobre envelhecimento, saúde e doença. Os textos da primeira seção abordam a compreensão do envelhecimento a partir de suas representações e imagens num contexto de mundo contemporâneo. Na segunda seção, os textos abordam diferentes contextos sociais como o argentino, italiano e o brasileiro, evidenciando e refletindo sobre problemáticas sociais complexas, considerando suas especificidades culturais e sociais. E na terceira e última seção são apresentados dois textos sobre a relação saúde-doença no contexto do envelhecimento, a partir de estudos realizados no Brasil e em Portugal.

De alguma forma, assim como Célia Pereira Caldas e Renato Peixoto Veras, os autores reclamam tomar o envelhecimento como fenômeno multidimensional. Assim, há que reconhecer o envelhecimento social que traduz o engajamento social do indivíduo e suas perdas, durante a sua aposentadoria ou após a saída dos filhos da casa, com conseqüente isolamento e queda da qualidade de vida. O envelhecimento psicológico, guiado pelas perspectivas de vida, aprendizagem e memória do idoso. E ainda, conforme Jorge Correia Jesuino, refletir sobre a dimensão simbólica do processo de envelhecimento, tomado nas sociedades ocidentais como o “não viver”, como “deixar de ser” e como a perpetuação desses pensamentos nos leva ao risco do *ageism - idosismo*, ou seja, desconsiderar o idoso como um ser humano ativo e membro da comunidade. Como a médica Ana Claudia Quintana afirma, lidamos mal com a vida, de modo que nos tornamos mortos socialmente e o que mais pesa é essa incompetência para viver e não o modo, dia ou sofrimento da morte. E ainda, considerar que o envelhecimento é um processo interseccional sobre o qual se sobrepõe uma diversidade de categorias como gênero, raça, classe, capacidade, orientação sexual e religião. Maria Cunha Marreiros, Maria do Livramento Fortes Figueiredo, Cristina Maria Miranda de Sousa e Maria Eliete Batista Moura destacam, por exemplo, aspectos relativos a feminização da velhice. Reclamam pensar políticas públicas que auxiliem os idosos a terem boas condições de vida e oportunidades socioculturais, apoiem a renovação de seus projetos de vida, podendo levar ao envelhecimento bem sucedido que envolve baixo risco de doenças e de incapacidades, funcionamento físico e mental e envolvimento ativo com a vida.

Em suma, esta obra representa uma importante contribuição para compreensão do processo de envelhecimento enquanto um processo complexo e constituído cultural e socialmente. E que desvela, a partir dos diversos significados imputados num dado contexto histórico, temporal e espacial, a dinâmica das transformações paradigmáticas em torno do que significa envelhecer.

O processo de envelhecimento contempla inúmeras variáveis que condicionam a qualidade do envelhecer. De acordo com Brito, Camargo e Castro (2017), as normas sociais, atitudes, valores e crenças são algumas destas variáveis. Desta forma, identificar aspectos relativos às perdas associadas ao envelhecimento contribuiria para um entendimento ainda mais amplo deste, uma vez que a questão do sentimento de perda está frequentemente associada ao processo de envelhecimento.

Segundo Abreu (2017), o ser humano tem dificuldade em dissociar o significado de envelhecimento das perdas ao longo da trajetória de vida. Muito mais considerando uma sociedade que não investe na preparação para o envelhecimento e, ao contrário, fomenta fortes preconceitos contra o velho e o culto à eterna juventude. E refletir o quanto o sentimento de perda afeta o significado do envelhecimento implica em sublinhar três elementos: primeiro, a separação de alguém ou algo que dava sentido ao esquema de vida da pessoa; segundo, perder a gratificação ou benefício que era provido pela pessoa ou algo perdido; e terceiro, obrigar-se a uma adaptação frente a circunstâncias desconhecidas e que, portanto, são fontes geradoras de ansiedade e medo.

Ocorre que identificar e interpretar um acontecimento como perda e analisar o grau de dano que tal perda tenha provocado num determinado indivíduo não se constitui tarefa fácil, nem tão pouco algo que possa ser categorizado coletivamente, pois que o sentimento associado à perda é de caráter pessoal e único. Contudo, aspectos sociais e culturais podem concorrer para produzirem a ideia de perda. Numa sociedade capitalista, por exemplo, a perda de status e da situação financeira por ocasião da aposentadoria, ocasionando o afastamento do indivíduo do ambiente de trabalho, significando a queda da sua situação financeira e do seu estilo de vida, pode se constituir em fator determinante para o surgimento do sentido de perda, provocando-lhe culpa e dor por não corresponder mais às expectativas sociais impostas pelo modelo de produção vigente. (ABREU, 2017)

Outro aspecto não contemplado nesta obra refere-se ao fato de que no Brasil, nas últimas décadas, a faixa etária de pessoas que mais cresceu foi a de 60 anos. Esta faixa etária, ao longo da sua trajetória de vida, compartilhou de importantes acontecimentos políticos e sociais que ocorreram nos anos 1960 e nas décadas seguintes. Dentre eles, o movimento feminista, a inserção maciça de mulheres no mercado de trabalho e nas universidades, a lei do divórcio, o uso da pílula anticoncepcional. Ou seja, essa geração colocou em questão paradigmas da época com relação à sexualidade, mercado de trabalho para a mulher, família e a própria instituição do casamento. (GOLDENBERG, 2011).

Apontar um grifo sobre tais acontecimentos e como eles podem ter impactado o significado do processo de envelhecimento ou não, para os idosos desta faixa etária, principalmente no Brasil, considerando que nesta época a população brasileira vivenciava uma ditadura militar. De acordo com Moscovici (1978), a teoria das representações sociais permite adentrar num universo consensual de subjetividades que são partilhadas pelos grupos, como uma forma de conhecimento socialmente construído e compartilhado. E em alguma medida podem apontar variáveis quanto à questão da saúde e bem-estar de gerações cujo processo de envelhecimento já se encontra em estágios mais avançados.

De outro modo, os textos reunidos neste livro trouxeram valiosa contribuição para ampliar a compreensão a respeito do envelhecimento no Brasil e em comparação com outras regiões e culturas. Oportunizou a reflexão sobre o modo como a cultura, as relações sociais e a região interferem e produzem subjetividades que regem e determinam além dos referenciais conceituais, as crenças e sentidos da conduta humana. A importância de identificar os norteadores do comportamento humano frente ao processo de envelhecimento permite avançar na proposição de mudanças estruturais quanto ao apoio, inclusão e cuidado do processo de envelhecimento individual e coletivo, objetivando políticas públicas que melhor atendam às necessidades de saúde e bem-estar da população idosa.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. de. **Velhice: uma nova roupagem**. São Paulo: Ágora, 2017.

BRITO, A. M. M., CAMARGO, B. V., & CASTRO, A. Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. **Revista de Psicologia da IMED**, v.9, n.1, p. 5-21, 2017.

GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2011.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

SILVA, L. M.; SILVA, A. O.; MOREIRA, A. S. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; TURA, L. F. R.; RODRIGUES, R. A. P. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), v. 33, p. 109-115, 2012.

TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e representações sociais**. Rio de Janeiro, Quartet: Faperj, 2012. 316p. ISBN 978-85-7812-062-7
