



UESB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

NÍVEA MARIA SILVEIRA DE ALMEIDA

**PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NA FORMAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
A HANSENÍASE: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**JEQUIÉ
2021**

NÍVEA MARIA SILVEIRA DE ALMEIDA

**PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NA FORMAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
A HANSENÍASE: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para obtenção do título de Doutora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Eliana Amorim Souza

**JEQUIÉ
2021**

A447p Almeida, Nívea Maria Silveira de.

Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para a educação em saúde / Nívea Maria Silveira de Almeida.- Jequié, 2021.
162f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela e coorientação da Profa. Dra. Eliana Amorim Souza)

1.Cartografia 2.Educação em saúde 3.Hanseníase 4.Subjetividade
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD - 610

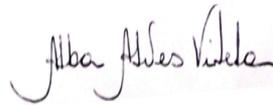
NÍVEA MARIA SILVEIRA DE ALMEIDA

**PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NA FORMAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
A HANSENÍASE: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para obtenção do título de Doutora.

Jequié/BA, 16 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA



Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Orientadora e presidente da banca examinadora



Professora Doutora Cristina Setenta Andrade

Doutora em Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

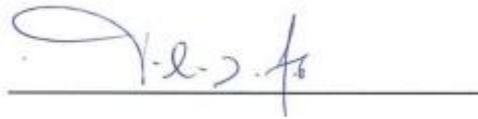


Professor Doutor Paulo Rogers da Silva Ferreira

Doutor em Antropologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Universidade Federal da Bahia

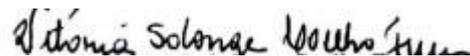


Professor Doutor Túlio Batista Franco

Doutor em Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal Fluminense



Professora Doutora Vitória Solange Coelho Ferreira

Doutora em Medicina

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Estadual de Santa Cruz

Dedico esse trabalho a todas as pessoas acometidas por hanseníase e a todos os profissionais de saúde comprometidos com uma prática educativa transformadora.

AGRADECIMENTOS

À Deus, “potência absoluta de existir”, Deus “de perto”, fonte de vida e amor inesgotável, que me capacitou para viver essa experiência. Meu amor e gratidão!

Aos meus pais, Aduino e Edna, por dizerem “sim” à minha vida, cujo suporte incondicional sempre me permitiu realizar meus projetos e por todo o valor que sempre deram à educação, a qual eu abracei em honra a vocês. Essa vitória é nossa! Amo vocês!

Ao meu irmão e cunhada, Márcio e Camila, pelo incentivo, suporte e disponibilidade durante a construção desse trabalho.

Aos meus sobrinhos, especialmente, Sabrina, Beatriz e Clara por todo o incentivo, por me ouvirem e torcerem por mim. Quero sempre ser um bom exemplo para vocês!

À UESB, essa grande instituição, a quem devo toda a minha formação acadêmica, com muito orgulho, e ao PPGES, seus professores e funcionários, por viabilizarem a realização dessa etapa tão importante da minha vida.

À minha orientadora, Professora Dr^a Alba Vilela, por todos os conhecimentos compartilhados, por acreditar no meu potencial, por todas as oportunidades concedidas, por ter sido leve, generosa e disponível durante todo esse processo. Devo muito das minhas vitórias profissionais a você. Gratidão e admiração eternas!

À minha coorientadora, Professora Dr^a Eliana Amorim, pelos conhecimentos compartilhados, pela oportunidade de compor um projeto tão relevante e pelo apoio de sempre. Você é uma pesquisadora inspiradora!

À Universidade Federal da Bahia, *Campus* de Vitória da Conquista, e ao projeto INTEGRADTNs, e seus componentes, por toda a estrutura que deram ao desenvolvimento do meu trabalho. Um agradecimento especial às alunas Thanilly e Ângela pela transcrição das entrevistas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, pela liberação da coleta de dados e ao Centro de Referência em Tisiologia e Dermatologia Sanitária, pelo

acolhimento e estrutura fornecida. Em especial, agradeço a Monique Dutra, pelo apoio fundamental durante a produção dos dados.

Aos meus colegas de turma, por todo o aprendizado compartilhado, por toda a amizade e por tornarem tudo mais leve. Trago cada um no coração!

À professora Dr^a Cristina Setenta, pela disponibilidade em participar da banca de defesa, pelos conhecimentos compartilhados em um dos componentes curriculares do Doutorado e por sua produção cartográfica na saúde coletiva. Muito obrigada!

Ao Professor Dr. Paulo Rogers, pela disponibilidade em participar da banca de defesa, mas, também, por todo o conhecimento compartilhado e suporte, uma vez que tenho o prazer de ser sua colega de trabalho e parceira no INTEGRADTNs. Muita gratidão!

Ao Professor Dr. Túlio Franco, pela disponibilidade em participar das bancas de qualificação e defesa, por me brindar sempre com seus conhecimentos e direcionamentos, seja nos momentos de banca, seja por meio de sua relevante produção científica. Muita admiração e gratidão!

À professora Dr^a Vitória Solange por aceitar compor a banca de defesa e que, na banca de qualificação, trouxe elementos tão importantes, que nos fizeram rever parte da construção do trabalho e me trouxe reflexões acerca da minha própria postura em relação a ele. Obrigada!

Aos amigos Michela, Luciano e Olga, meus coordenadores de Curso e Componentes na época das aulas teóricas, que me apoiaram durante aquele período. O apoio de vocês foi fundamental para que eu conseguisse cumprir meus créditos teóricos.

À amiga-irmã Liliana e sua família por me acolherem com tanto carinho em seu lar nas minhas estadias em Jequié. Gratidão e amor!

Aos participantes desse estudo, por se disponibilizarem a partilhar suas vivências, me receberem em suas casas e serem tão acolhedores. Minha gratidão a vocês é imensurável!

Não é fácil ser um homem livre: fugir da peste, organizar encontros, aumentar a potência de agir, afetar-se de alegria, multiplicar os afetos que exprimem ou envolvem um máximo de afirmação. Fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, fazer do pensamento uma potência que não se reduz à consciência.

Gilles Deleuze e Claire Parnet

DE ALMEIDA, Nivea Maria Silveira. **Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase**: contribuições para a educação em saúde. 162f. Tese [Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2021.

RESUMO

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa de campo que tem como propósito trazer reflexões à área de conhecimento da educação em saúde. Para tanto, traçou um percurso que pudesse abarcar a produção de subjetividade na formação de conhecimento, especificamente, de acometidos por hanseníase. Partiu-se do pressuposto de que a vivência de um processo de adoecimento, emite uma série de signos que proporcionam a formação de conhecimento e, conseqüentemente, de subjetividade por deflagrar um modo de vida. Para alcançar os propósitos, foram traçados alguns objetivos, sendo o objetivo geral: Cartografar a produção de subjetividade na formação do conhecimento sobre a hanseníase acerca de sua condição; e específicos: apreender afetos e afecções na produção de conhecimento sobre a hanseníase, pelos sujeitos acometidos; compreender a forma como o conhecimento sobre a hanseníase é construído e expressado pelos acometidos, a partir das ideias de Spinoza; compreender a formação de subjetividade a partir do aprendizado sobre o manejo da hanseníase. A pesquisa, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, utiliza o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento. Foi realizada em um Centro de referência em Hanseníase de uma cidade de médio porte da Bahia, com um grupo cinco informantes com características sociodemográficas e fases de tratamento distintos, de modo a ter uma maior representatividade do todo atendido no Centro. Para a produção dos dados, realizou-se entrevista gravada e um método desenvolvido por Favret-Saada, que denominou “deixar-se afetar”, apropriado à cartografia pretendida, tendo sido os encontros registrados em diários de campo. Essa fase realizou-se entre março e agosto de 2021. Os dados foram discutidos a partir da triangulação de dados e pelos pressupostos cartográficos, apreendendo conexões, afetos, afecções e movimentos do desejo. Dos resultados emergiram três manuscritos: Afetos e afecções na formação do conhecimento sobre hanseníase: contribuições para a prática educativa em saúde; Hanseníase, formação de conhecimento e subjetividade: reflexões a partir dos gêneros do conhecimento de Spinoza; Produção de subjetividade, corpo anátomo-clínico e corpo afetivo de acometidos por hanseníase: considerações para a educação em saúde. Concluiu-se que, para o alcance dos propósitos de promoção de saúde, a educação em saúde deve ser planejada de modo a abordar, conjuntamente, o corpo anátomo-clínico e afetivos dos usuários, promover reflexões e experimentações propiciadoras da formação de conhecimento adequado, a partir da apreensão de afetos que possam causar o aumento da potência dos corpos, a partir de suas múltiplas e heterogêneas conexões. O trabalho de educação em saúde, portanto, precisa ser um trabalho cartográfico e, conseqüentemente, relacional com consideração de singularidades.

Palavras-chave: Cartografia; Educação em saúde; Hanseníase; Subjetividade.

DE ALMEIDA, Nivea Maria Silveira. **Subjectivity production in the formation of knowledge about leprosy:** contributions to health education. Thesis [Doctorate] – Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2021.

ABSTRACT

The present work is the result of a field research that aims to bring reflections to the area of knowledge of health education. Therefore, it traced a path that could encompass the production of subjectivity in the formation of knowledge, specifically, those affected by leprosy. It started from the assumption that the experience of a process of illness, emits a series of signs that provide the formation of knowledge and, consequently, of subjectivity by triggering a way of life. To achieve the purposes, some objectives were outlined, with the general objective being: To map the production of subjectivity in the formation of knowledge about leprosy about its condition; and specific: to apprehend affections and affections in the production of knowledge about leprosy, by the affected subjects; understand how knowledge about leprosy is constructed and expressed by those affected, based on ideas and Spinoza; understand the formation of subjectivity from learning about the management of leprosy. The research, with a qualitative approach, of the exploratory type, uses the cartographic framework of Deleuze and Guattari, as a way of producing knowledge. It was carried out in a reference center for leprosy in a medium-sized city in Bahia, with a group of five informants with different sociodemographic characteristics and treatment phases, in order to have a greater representation of the whole serviced at the center. For the production of data, interviews were recorded and a method developed by Favret-Saada, which he called “letting oneself affect”, appropriate to the intended cartography, with the meetings recorded in field diaries. This phase took place between March and August 2021. The data were discussed based on data triangulation and cartographic assumptions, apprehending connections, affections, affections and movements of desire. Three manuscripts emerged from the results: Affects and affections in the formation of knowledge about leprosy: contributions to educational practice in health; Leprosy, knowledge formation and subjectivity: reflections from Spinoza's knowledge genres; Production of subjectivity, anatomoclinical body and affective body of people affected by leprosy: considerations for health education. It was concluded that, in order to achieve the purposes of health promotion, health education must be planned in order to jointly address the anatomoclinical and affective bodies of users, promoting reflections and experiments that favor the formation of adequate knowledge, based on the apprehension of affections that can cause the bodies' potency to increase, based on their multiple and heterogeneous connections. Health education work, therefore, needs to be cartographic work and, consequently, relational with consideration of singularities.

Keywords: Cartography; Health education; Leprosy; Subjectivity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes segundo dados sociodemográficos e fase do tratamento. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2021.....57

Manuscrito 2

Quadro 1: Caracterização dos participantes segundo dados sociodemográficos e de fase do tratamento96

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CR – Centro de Referência

CRTDS – Centro de Referência em Tisiologia e Dermatologia Sanitária

CRH – Centro de Referência em Hanseníase

CsO – Corpo sem órgãos

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS – Descritores em Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DTN – Doença Tropical Negligenciada

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PubMed - National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Mil platôs de uma escrita.....	12
1.2 Educação em saúde, formação de conhecimento e produção de subjetividade de pessoas acometidas por hanseníase.....	13
2 REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA HANSENÍASE.....	19
2.1 Educação em saúde em hanseníase: influências da formação e educação permanente, processo de trabalho e biopolítica.....	21
2.2 Educação em saúde em hanseníase: influência dos determinantes sociais em saúde e do estigma.....	27
3 A CARTOGRAFIA APLICADA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES FILOSÓFICAS.....	34
3.1 Cartografia: um modo de produção de conhecimento.....	34
3.2 Educação em saúde e formação de conhecimento na perspectiva cartográfica..	41
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	53
4.1 Tipo de Estudo.....	53
4.2 Local da pesquisa.....	54
4.3 Participantes da pesquisa.....	56
4.4 Técnica de produção de dados.....	58
4.5 Análise dos dados.....	61
4.6 Questões Éticas.....	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
5.1 Manuscrito 1: Afetos e afecções na formação do conhecimento sobre hanseníase: contribuições para a prática educativa em saúde.....	64
5.2 Manuscrito 2: Hanseníase, formação de conhecimento e subjetividade: reflexões a partir dos gêneros do conhecimento de Spinoza.....	87
5.3 Manuscrito 3: Produção de subjetividade, corpo anatomoclínico e corpo afetivo	

de acometidos por hanseníase: considerações para a educação em saúde.....	116
6 CONCLUSÃO.....	139
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	149
APÊNDICE 2: TERMO DE ASSENTIMENTO.....	155
APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	157
APÊNDICE 4: ROTEIRO DOS ENCONTROS COM OS PARTICIPANTES.....	158
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (EMENDA).....	159

1 INTRODUÇÃO

1.1 Mil platôs de uma escrita

Antes da leitura desse trabalho de Tese de Doutorado, considero importante que o leitor entenda que ele decorre do “rizoma” constituído por muitos encontros, intensos e potentes, agenciados pelo desejo, pelos signos, pela linguagem, se desdobrando na multiplicação de suas ramificações, resultando em encontros cada vez mais heterogêneos, a partir dos quais, por meio do meu “corpo vibrátil”, fui construindo uma realidade a-significante, na qual nada estava determinado, nem podia ser representado, mas tão somente apreendido nas singularidades que iam se desvelando. Mundos ficaram para trás e outros foram sendo construídos.

Desse modo, a pessoa que encerra esse ciclo, não é mais a mesma que o iniciou. Muitas transformações ocorreram ao longo da construção desse trabalho, no plano de imanência constituído, na composição do meu corpo com o dos participantes, mas, muito antes disso, com colegas de trabalho, alunos, professores, artigos científicos, teorias filosóficas. Vários movimentos de expansão da vida me trouxeram até aqui.

Essa história se inicia há muito tempo. Talvez nem dê para saber, ao certo, seu ponto de partida, uma vez que a vida é esta processualidade infinita, na qual não podemos determinar bem a origem de nada, uma vez que apenas vamos nos conectando “pelo meio” nesse fluxo constante.

Assim, escolho resumir, aqui, os encontros mais assinaláveis. Esse trabalho “surge”, portanto, a partir de encontros com colegas e alunos, em um projeto de pesquisa que se propunha a investigar questões diversas acerca da hanseníase e seus acometidos. A identificação foi instantânea, pois desde a graduação, esse tema me instigava. Tive a oportunidade de conhecer um antigo “leprosário” na capital do Estado, numa das práticas curriculares da graduação. Local carregado de afetos tristes e histórias de abandono e exclusão. Nunca me esqueci daquela vivência e das realidades intensivas que emanavam. Lembro dos fluxos, das conversas, do que senti.

Já estando no Doutorado, decidimos pensar em algo para agregar ao projeto já em curso. Um elemento que pudesse ser cartografado. Proposta cartográfica que conheci no Mestrado, por meio de um dos professores da banca de qualificação. Lembro de suas palavras, posteriormente, na defesa da Dissertação: “uma

cartógrafa em construção”. Palavras generosas e afetivas ditas a uma pesquisadora pouco experiente, que havia se encantado por esse modo de produção de conhecimento, que busca a apreensão dos afetos, a fim de produzir ciência ao refletir sobre processos de subjetivação.

E assim, em construção, afetada pelo que me perpassa, ainda estou, apenas um pouco mais imersa, mais envolvida, agenciando mais encontros, sempre habitando novos territórios, movida pelo meu desejo. Desejo que continuará a me mover na cartografia de outros mapas existenciais ainda a serem acompanhados. Esse trabalho, apesar de assinalar o fim de um ciclo, é só um começo (pelo meio), para esta cartógrafa.

Assim, a cartografia que verço aqui, é um pouco do meu experimento de vida também, pois foi um exercício de afecção, para o qual trouxe a minha história e a minha subjetividade. Todos nós, os que citei anteriormente, direta ou indiretamente, e todos os que ainda se farão conhecidos adiante, habitamos um plano de intensidades, nos afetamos mutuamente e, de certa forma, construímos o que aqui será mostrado ao longo dos capítulos em pura intensidade. Que seja uma leitura que possa fazer sentir o que foi experimentado e que produza, em todos, alegrias e o agenciamento de novos territórios, metamorfose deste.

1.2 Educação em saúde, formação de conhecimento e produção de subjetividade de pessoas acometidas por hanseníase

Na construção deste trabalho, partimos do pressuposto de que a formação de conhecimento é, também, um processo formador de subjetividade, uma vez que a compreensão de signos é mediada por encontros e por agenciamento de desejo, o que se pretende problematizar a partir daqui.

O vocábulo “signo” guarda uma relação com o ato de aprender, uma vez que todo o processo de conhecimento de algo perpassa a decifração e interpretação de signos emitidos por objetos, matérias e seres. Tais signos, contudo, guardam diferenças, detém diferentes significados e são apreendidos de forma singular. Além disso, essa capacidade de decifrá-los, se manifesta a partir de encontros apropriados que vão ocorrendo, produzindo a dinâmica de afetos e desejos (DELEUZE, 1987). Aprender é, portanto, uma dinâmica intersubjetiva de compreensão de signos que são emitidos no território das relações (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Dito isto, vamos a uma outra reflexão, a fim de conectá-la a anterior. Nos propomos a refletir acerca da formação da subjetividade, tendo como referência dois pensadores, Gilles Deleuze e Félix Guattari. Ao longo de sua produção literária, trazem as questões relativas à subjetividade, circunscrita ao molar e ao molecular, no capitalismo. Advogam, portanto, que, num nível molar, o capitalismo produz nossas subjetividades, produzindo nossos desejos em nível molecular, operando por linhas de integração, num investimento paranoico, produzindo “faltas” que precisam ser supridas (DELEUZE, GUATTARI, 2012b).

Ainda nesse contexto, podemos produzir nossa própria subjetividade, a partir do “escape” dessa integração capitalista, operando por meio do que chamam de “linhas de fuga”, a partir do investimento do próprio desejo, na construção de uma subjetividade singular, não sujeitada (DELEUZE, GUATTARI, 2012b).

Nota-se, portanto, que o desejo é um eixo central nessa discussão. Conforme outro referencial utilizado para as discussões desse trabalho, o filósofo holandês Baruck de Spinoza, que viveu no século XVI, o desejo é considerado um afeto primário, essência do homem, sendo imanente a todos. É traduzido como esforço, vontade, volição. Enfim, é elemento que produz, que move. O mesmo pode ser expandido ou estrangido, a partir das relações entre os corpos (SPINOZA, 2019). Tomando essa concepção, Deleuze e Guattari (1972), consideram o desejo como o fator que move o homem na construção da realidade; logo, o desejo é produtor de subjetividade.

E em que isso pode conversar com a formação do conhecimento? Voltando à fundamentação do pressuposto anteriormente apresentado, tem-se que o aprendizado, enquanto interpretação de signos emitidos por objetos, seres e matérias, se dá no encontro, na conexão (DELEUZE, 1987). A produção de subjetividade também se dá nas relações entre os indivíduos, num nível micropolítico, e suas trocas sociais, no nível macropolítico (DELEUZE; GUATTARI, 2012a).

Assim, a produção de conhecimento também produz subjetividades, uma vez que no processo de interpretação de signos, vai-se tecendo agenciamentos¹ que

¹ O agenciamento, na perspectiva de Deleuze e Guattari, se dá a partir das relações entre os diversos corpos e do sistema de signos, enunciados e linguagem. São constitutivos dos territórios subjetivos e sociológicos, enquanto realidades que habitamos, de modo dinâmico, visto que são realidades que

criam modos de existência. Alguns deles autônomos, outros atravessados pelo interesse de mecanismos de poder, que podem ser exercidos pelo Estado, operando biopolítica², ou até por um profissional de saúde que media o processo de aprendizagem.

Isto posto, optou-se por compreender essa interlocução em pessoas acometidas por hanseníase. Situando tal patologia num nível técnico, tem-se que é uma doença sistêmica, infectocontagiosa, produzida pelo *Micobacterium Leprae*, ou bacilo de Hansen. É considerada uma doença dermatoneurológica, por produzir lesões na pele nervos, sendo alguns dos sintomas registrados, manchas na pele, com alteração de sensibilidade, e espessamento de nervos. Pode afetar diversos sistemas do organismo, além da pele e do sistema nervoso periférico, incluindo medula óssea, mucosa do trato respiratório alto, vísceras abdominais, linfonodos, músculos, ossos e testículos. É transmitida pelas vias aéreas de acometidos não tratados, em contato próximo e prolongado, com pessoas suscetíveis. O período de incubação é longo, podendo variar entre cinco a sete anos, em média, mas há registros de até 20 anos de incubação (BRASIL, 2017).

É uma doença curável, cujo tratamento é poliquimioterápico, durando de seis a 12 meses, a depender da classificação clínica da doença. Pode gerar incapacidade física em graus variados, que vão desde a perda de força e sensibilidade até a perda de função, fazendo com que, além da abordagem farmacológica, seja necessária a prática de autocuidado, por meio de proteção e hidratação da pele e exercícios de flexibilidade e força em olhos, mãos e pés, que devem ser avaliados, minimamente, no início e no fim do tratamento medicamentoso. Apesar das medicações promoverem a cura, podem ocorrer os chamados estados reacionais, no percurso do tratamento ou no pós alta, que são reações imunológicas do hospedeiro em relação ao bacilo, causando inflamação aguda. As características típicas dessa resposta são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. No caso da inflamação nos nervos, costuma ter repercussões

vão se modificando pelos próprios agenciamentos. Enfim, um agenciamento é um produtor de novos acontecimentos, a partir do desejo (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

² Biopolítica, termo de Foucault, que se traduz numa política sobre a vida, engendrada na era capitalista, a partir do século XVIII, com objetivo de regular o “corpo-espécie” sobre matérias como natalidade, longevidade, entre outros, sob justificativa de manutenção do bem-estar social (FOUCAULT, 2006).

graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo (BRASIL, 2017).

Para além do conhecimento técnico, tem-se uma consideração importante, do ponto de vista do processo saúde-doença. A hanseníase compõe uma lista de 17 doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), consideradas como Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). As DTN são um grupo diversificado de doenças infecciosas, relacionadas a condições socioeconômicas de grande vulnerabilidade, afetando mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo (WHO, 2015).

Estar nessa lista significa que a hanseníase é uma doença invisibilizada por acometer pessoas também invisibilizadas por seus contextos socioeconômicos. Isto incorre em pouco investimento em meios que propiciem a prevenção, o controle e um tratamento que seja eficaz e com poucos efeitos colaterais e de menor curso. Acredita-se que isso se desdobre, ainda, em falta de investimentos diversos, inclusive nos processos educativos de profissionais e acometidos.

Um fator a se destacar é o de que a implementação do autocuidado e da adesão ao tratamento medicamentoso, são os únicos caminhos para a cura, a quebra da cadeia de transmissão e a prevenção de incapacidades. Ambos devem ser mediatizados por processos de educação em saúde que sejam eficazes e apropriados aos contextos e vida dos acometidos.

A educação é tida como um processo de transformação da realidade das pessoas, a partir do diálogo, da problematização sobre tais realidades e consequente fomentador da transformação dessas realidades por meio da própria transformação (FREIRE, 2020). Trazendo para o contexto da saúde, as transformações supracitadas, propiciadas pelo processo educativo, têm como foco a promoção de saúde³ e podem ser engendradas pelo investimento relacional entre trabalhadores e usuários, na perspectiva do uso de tecnologias leves do processo de trabalho em saúde, conforme Merhy (2007).

Esse investimento, se bem-sucedido, pode gerar processos transformadores, de subjetivação, que promovam a saúde das pessoas, uma vez que, só a partir de práticas mais relacionais, é possível apreender necessidades singulares dos

³ A promoção de saúde, conforme a Carta de Otawa (Candá, 1986), diz respeito ao processo de capacitação da comunidade a fim de atuar na própria melhoria de sua qualidade de vida, inclusive com maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002)

acometidos e a possibilidade de ativar seu potencial, expandindo o desejo de autocuidado (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE, 2011).

Aqui tem-se o primeiro nó crítico, visto que diversos estudos, dentro do contexto da própria hanseníase, trazem que as práticas educativas, muitas vezes, não são prioritárias nos serviços de saúde, têm cunho verticalizado e centrado no saber médico e com metodologias inapropriadas e descontextualizadas das realidades dos acometidos (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020).

Acredita-se que a produção do cuidado é, também, uma produção pedagógica (FRANCO, 2007). Diante disso e de todo o contexto exposto e referenciado, considera-se relevante a presente pesquisa, visto que, a partir do alcance de seus objetivos, pretende trazer reflexões que possam contribuir com as práticas educativas em saúde, tão necessárias para a promoção de saúde dessa população específica.

É importante frisar que o foco do estudo não é a doença em si, mas a pessoa que é ou foi acometida por ela. Porém a doença não é desconsiderada, pois está no corpo dos informantes, produzindo afecções. Além disso, destaca-se que o processo educativo a ser considerado aqui, não foca apenas na relação profissional-usuários, pois de acordo a argumentação acerca dos signos, já posta aqui, as pessoas aprendem com tudo o que se relacionam, sejam pessoas, objetos, situações, enfim, pela sua composição com o mundo.

A partir da reflexão prévia sobre a argumentação colocada aqui, algumas questões norteadoras do estudo foram surgindo. A primeira nasce do fato de que a pessoa com hanseníase vai construindo, ao longo da sua vivência, vários conhecimentos sobre sua condição, então, questionou-se, como esses aprendizados vão construindo subjetividades? Outras questões, mais específicas, surgiram destas, a saber: quais são os diversos elementos que, em conexão com os acometidos, vão promovendo a produção desse conhecimento e a transformação dessas pessoas? Como são formados esses conhecimentos? De que modo os desejos dos acometidos, a partir do conhecimento produzido, vão agenciando sua realidade?

A fim de responder tais questões, formulou-se os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:

- Cartografar a produção de subjetividade na formação do conhecimento de pessoas acometidas por hanseníase acerca de sua condição.

- Objetivos específicos:

- Apreender os afetos e afecções na produção do conhecimento, acerca da hanseníase, pelos sujeitos acometidos;
- Compreender a forma como o conhecimento sobre a hanseníase é construído e expressado pelos acometidos, a partir das ideias de Spinoza;
- Analisar a formação de subjetividade a partir do aprendizado acerca do manejo da hanseníase.

Uma vez que o objeto do estudo é a educação em saúde sob o enfoque da produção subjetiva, considerou-se adequada a utilização da Cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 2011a), enquanto postura e proposta metodológica para o alcance dos objetivos. Tal proposta se constitui num modo de produção do conhecimento que busca apreender os movimentos do desejo no agenciamento da realidade, a partir das relações, o que guarda uma íntima relação com processos de formação de subjetividade, objeto passível de acompanhamento cartográfico, segundo Kastrup (2007).

Ao longo dos próximos capítulos, serão apresentados a revisão de literatura que situou o estado da arte e auxiliou nas discussões acerca do objeto; o referencial teórico que deu subsídio à produção, análise e discussão dos dados; o percurso metodológico; e, por fim, resultados e discussão, subdivididos em 3 manuscritos, partindo de cada objetivo específico.

2. REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA HANSENÍASE

Com vistas a situar o estado da arte, relativo ao objeto desse estudo, foi realizada uma pesquisa nas seguintes base de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine* (PubMed), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e portal de periódicos *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Para tanto, foram utilizados os descritores “Hanseníase”, “Educação em saúde” – do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) - e o conectivo booleano “and”. O período estabelecido foi de 2015 a 2020. A busca foi realizada em 2020.

Evidenciou-se que, nas bases e período em questão, existem estudos que falam sobre a questão educativa na hanseníase, seja na educação da comunidade ou na formação e capacitação profissional, porém, há uma escassez de estudos que trazem a vivência do processo educativo sob a perspectiva da pessoa acometida por tal agravo.

Além disso, dos 29 artigos selecionados, boa parte é composta de estudos que trazem a questão educativa, não como objeto central, mas como recomendação na melhoria dos indicadores relacionados à incidência da doença, por quebra do ciclo de transmissão e vigilância de contatos; na prevenção de complicações, seja pela prática de autocuidado ou por diagnóstico precoce; e na superação do estigma.

Alguns estudos se limitam a relacionar o nível de escolaridade à dificuldade de assimilar informações importantes para melhoria dos indicadores supracitados, enquanto outros se atêm a questão da formação profissional (universitária) e a capacitação dos profissionais de ensino superior e médio para melhor atuação na prevenção e controle da hanseníase.

Dentre os que melhor se relacionam ao objeto desse estudo, pode-se fazer uma ponte com alguns artigos que apontam como o processo educativo interfere no cotidiano dos indivíduos com hanseníase, ainda que não seja o objeto central de investigação de tais estudos. Foram identificados, nesse contexto, os estudos de Vasconcelos *et al.* (2017) e Gomes *et al.* (2019), os quais salientam o quanto as

atividades educativas interferem, positivamente, na adesão ao autocuidado e na terapia medicamentosa. Já o estudo de Souza, Vanderlei e Frias (2017), traz como precária a mudança de comportamento dos usuários, após implementação de medidas educativas. Contudo, destes 3 estudos citados, apenas o de Gomes *et al.* (2019) traz a perspectiva do indivíduo acometido por hanseníase, os demais foram dados coletados junto a profissionais de saúde.

Realizou-se, também, uma busca no Catálogo de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), utilizando-se o mesmo período e descritores. Tal busca, teve como resultado 8 dissertações e 4 teses. Os achados são similares ao que já foram expostos em relação aos artigos das bases de dados.

Diante disso, foi identificada uma lacuna relacionada a estudos que trazem a produção de subjetividade na formação do conhecimento de pessoas acometidas por hanseníase acerca de sua condição, ou seja, essa produção singular, centrada na pessoa acometida. Porém, foi quase unânime as recomendações sobre a importância da existência e aperfeiçoamento do processo educativo no enfrentamento do agravo. É necessário salientar, ainda, que nenhum dos estudos encontrados se serviram da cartografia como modo de produção de conhecimento.

A seguir, vamos refletir acerca dos principais achados dos estudos que podem contribuir para a compreensão do objeto deste trabalho. Para tanto, os artigos que compõem os resultados foram subdivididos em duas categorias: Educação em saúde em hanseníase: influências da formação e educação permanente, processo de trabalho e biopolítica; e Educação em saúde em hanseníase: influência dos determinantes sociais e do estigma.

2.1 Educação em saúde em hanseníase: influências da formação e educação permanente, processo de trabalho e biopolítica.

Os estudos que fizeram emergir essa categoria, apontam para a questão da formação profissional para um melhor enfrentamento da hanseníase, seja durante a graduação de profissionais de saúde, seja na educação permanente de profissionais de nível superior e médio.

Nesse sentido, os estudos destacam a importância da mediação docente para um melhor desempenho do processo ensino-aprendizagem nos campos de prática (DAMIANCE; PANES, 2016), além da oportunização de vivências educativas dos,

então, discentes da saúde, com o público em questão (BORGES *et al.*, 2019); (PINHEIRO; MONTEIRO, 2015), incluindo vivências de extensão, com metodologias interativas (ARAÚJO, 2019), além de uma busca por integralidade e abrangência na formação, visto as demandas socioculturais que tal agravo traz (RODRIGUES, 2016); (ÁLVARES, 2019).

Além disso, alguns estudantes de graduação, mesmo no final do curso, trazem conhecimentos considerados, apenas, regulares sobre hanseníase (VIANA; ARAÚJO; PIRES, 2017), destacando-se uma abordagem mais teórica do que prática, durante a graduação (SAVASSI, 2015). Isso acaba por se refletir no cotidiano do trabalho, inclusive na dificuldade de diagnóstico precoce, por insegurança acerca da suspeição e conclusão diagnóstica (MONTEIRO, 2018).

Tais limitações, para além de uma discussão restrita à abordagem de pessoas com hanseníase, chamam a atenção para uma ampla discussão sobre a formação profissional em saúde em todo o país, que ganhou volume na década de 1980, trazendo à tona a necessidade de currículos e metodologias de ensino capazes de oportunizar aos estudantes, mediados por professores, conteúdo teórico à luz de vivências práticas que deem condições ao questionamento e busca de soluções, a fim de que possam, a partir de uma reflexão crítica, promoverem transformações sociais (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Desse modo, tanto a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), quanto as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, já trazem, em seu arcabouço, recomendações que pretendem dar conta dessas questões, ao sugerirem inovações nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos, que aproximem a teoria da prática, a problematização da realidade e a articulação ensino, pesquisa e assistência (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Quando se fala em transformação social, não se pode excluir as práticas educativas circunscritas à prática profissional, pois é a partir delas que pessoas acometidas por hanseníase ou qualquer outra condição, poderão construir conhecimento sobre seu processo saúde-doença e, a partir disso, terem mais autonomia para boas escolhas relativas à qualidade de vida e manejo de sua condição. Para tanto, desde a graduação é necessário despertar para as mais diversas maneiras em que isso pode se dar, uma vez que existem diversas formas de comunicação e educação em saúde, mediadas por profissionais. Mas é importante que isso possa ser vivenciado pelo futuro profissional ainda em seu

processo de formação, uma vez que é na formação que se lançam as bases para a formação do perfil profissional.

Além da questão da formação profissional, os estudos apontam a questão da instituição de educação permanente em saúde (EPS) para médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, em especial da atenção primária, para a prevenção e controle da hanseníase. A relevância está no fato de que a EPS favorece o processo de trabalho, viabilizando ações importantes, não só no diagnóstico precoce, mas, também, no desenvolvimento de atividades educativas de prevenção, na vigilância de contatos (o que inclui a capacitação da família), no estímulo ao autocuidado e adesão ao tratamento e maior interação da população com a atenção básica. Medidas que, em conjunto, favorecem a quebra da cadeia de transmissão e a limitação de incapacidades, mas que ainda não são realizadas de forma satisfatória (KESSLER, 2018); (SAKAE *et al.*, 2018); (COSTA *et al.*, 2019a); (MORAIS; FURTADO, 2018); (COSTA *et al.*, 2019b); (LOZANO, 2019); (ROE, 2016); (MONTEIRO, 2018); (LAURINDO, 2018); (DE SOUZA; LANZA; SOUZA, 2018); (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (LOPES; LANA, 2015); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020); (DE VASCONCELOS *et al.*, 2017); (PALMEIRA *et al.*, 2020).

A origem das discussões sobre Educação Permanente está na área da educação, especialmente na França, associando-se, a princípio, à necessidade de conhecimentos específicos, atendendo a exigências do capitalismo, como uma ferramenta ideológica do Estado, que impunha aos trabalhadores a noção de que há formas diferenciadas de trabalho, focadas nas demandas do modo de produção (GADOTTI, 1992).

Na década de 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), incorpora o termo Educação Permanente, a fim de renovar o debate sobre ações educativas direcionadas a trabalhadores da saúde, buscando a transformação das práticas e a concepção de que a formação é responsabilidade dos sistemas de saúde (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

No Brasil, a EPS é uma política do Sistema Único de saúde (SUS) para a formação de profissionais do setor saúde (FERREIRA; BARBOSA; ESPOTI, 2019). A Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004 e se constitui em um norteador para a educação e formação de trabalhadores do SUS.

Este, tem como responsabilidade constitucional, ordenar a formação de profissionais da saúde (BRASIL, 2004).

A PNEPS almeja o fomento de mudanças no processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, a partir de metodologias problematizadoras do cotidiano do trabalho, a fim de busca coletiva de soluções, formulação de novos paradigmas e criação de cenário propício a mudanças contundentes no processo de trabalho. Para tanto, ancora-se no próprio processo de trabalho e na vinculação a instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Trazendo mais elementos a essa discussão, Franco (2007) afirma que, embora haja grande investimento em processos educacionais que visem impactos positivos nos serviços de saúde, pouco efeito se nota na prática. Observa-se, na realidade, práticas fragmentadas, centradas no saber individual dos profissionais, com pouca interdisciplinaridade, fragmentados.

Assim, pode-se refletir acerca de algumas questões: a potência da EPS para promover as transformações às quais se propõe e, nesse contexto, o próprio processo de trabalho em saúde e as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários – pessoas acometidas por hanseníase, nesse caso.

Quanto a primeira questão, inicia-se por dizer que a EPS tem seu próprio escopo metodológico, sobre o qual ancora sua potência transformadora. Assim, seu ponto de partida são as tensões reais, inquietações a partir de situações concretas do trabalho e, com isso, a necessidade de fazer diferente, a partir de uma concepção de que o modo como está sendo realizado, não dá conta das demandas vigentes. A partir dessa matéria-prima, os trabalhadores, de modo coletivo, podem descobrir e praticar novos modos de pensar e agir na busca de soluções. É uma prática problematizadora de uma realidade concreta, da qual pode resultar em integralidade da atenção, equidade, maior qualidade, entre outros marcos necessários às transformações sociais e do próprio sistema de saúde, a partir de um processo de trabalho resolutivo (CECCIM, 2005).

Destarte, é importante o questionamento do modo como a EPS tem sido realizada ou, até mesmo, se tem sido realizada com profissionais que lidam com pessoas acometidas por hanseníase no dia-a-dia do trabalho, em qualquer ponto de uma rede de atenção à saúde. Até porque, é relatado por muitos profissionais, o sentimento de não estarem capacitados para desenvolver ações relacionadas ao controle da hanseníase, o que pode ser explicado pelo baixo investimento da gestão

em programas de educação específicos para esta patologia (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017).

Alterações no processo de trabalho em saúde, como já dito, são objeto da EPS. No caso da educação em saúde relativa à hanseníase, esse tema é central, visto que o processo educativo é realizado, em grande medida, a partir das relações profissional-usuário, portanto, centrada no processo de trabalho em saúde.

Tomamos aqui as concepções de Merhy (2007) sobre o processo de trabalho em saúde. O autor define três tecnologias envolvidas em tal processo: leves, leve-duras e duras. A primeira, relacional, produtora de vínculo, acolhimento, responsabilização e autonomia. A relação profissional-usuário é considerada “trabalho vivo em ato”, pois se dá no momento da relação, num espaço intercessor existente entre ambos. É uma produção que depende das peculiaridades dessa relação e da subjetividade dos envolvidos.

As tecnologias leve-duras, assim denominadas por conterem uma parte leve e outra dura, está representada pelas normas, rotinas, protocolos, conhecimento científico. Enfim, possuem uma parte dura, instituída, e outra leve, pois tais itens são colocados na prática da atenção à saúde por pessoas que os utilizarão a partir de suas subjetividades e das relações estabelecidas. Já as tecnologias duras, considerada “trabalho morto”, uma vez que anteriormente aplicado, instituído, é representado, por exemplo, por medicações, insumos em saúde e todo tipo de tecnologias materiais (MERHY; FRANCO, 2003).

Embora todas tenham sua importância, apenas com protagonismos diferentes a depender das necessidades do usuário, é preciso que haja uma razão positiva entre trabalho vivo e trabalho morto, de modo que as tecnologias leves orientem o uso das demais. Assim, a partir da relação, necessidades reais de saúde são identificadas, acolhidas e seguramente encaminhadas (MERHY; FRANCO, 2003).

Um nó crítico quando se fala em processos de trabalho pouco resolutivos, diz respeito à autogestão do profissional de saúde. Como ser que carrega sua própria história, concepções e modo de viver, a partir da citada autogestão, organiza seu processo de trabalho a partir de sua subjetividade, o que, nem sempre, coincide com a satisfação das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Na prática, o trabalhador “decide” se suas práticas serão acolhedoras e empáticas ou sumárias e distantes, por exemplo. Daí, um grande desafio para os processos educativos seria o de promover uma subjetivação, no sentido de alterar a intencionalidade com a qual

atua-se sobre o mundo. Isto se faz a partir da alteração no núcleo do desejo dos indivíduos, desejo este que estrutura as subjetividades, impulsionando à ação (FRANCO; MERHY, 2013).

Os estudos que compõem essa categoria, apontam, ainda, que as práticas educativas direcionadas à hanseníase, embora consideradas de grande importância, são, muitas vezes, secundarizadas nos serviços, verticalizadas, centradas no saber médico, com metodologias pouco apropriadas ao nível educacional dos indivíduos, limitando-se, algumas vezes, a orientações individuais e desconsiderando a realidade local. Inclusive, quando a comunicação é feita por órgãos oficiais, são impositivas e conteudistas, tendo pouco impacto sobre mudanças no comportamento (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020).

Concordando com essas afirmações, Assis e Araújo-Jorge (2018), trazem que a educação em saúde relativa a doenças negligenciadas (grupo ao qual pertence a hanseníase), ainda está restrita a uma visão reducionista do conceito de saúde e doença, predominantemente biológica, culminando numa abordagem meramente higienista, centrada na transmissão de informações. Assim, muito longe de promover saúde e autonomia, visa apenas a imposição de comportamentos.

Nesse contexto de educação em saúde como prescritora de comportamentos, é importante trazer à discussão, as ideias defendidas por Foucault (2006), acerca dos exercícios de poder, a partir da disciplina dos corpos e, posteriormente, da biopolítica.

Para Foucault (2006), o poder não é algo que alguém detém, mas está nas relações, distribuído entre as pessoas. Na era pré-capitalista, havia o exercício do poder soberano, do monarca, de fazer morrer e deixar viver. A partir do século XVII, já na fase do capitalismo, e com intuito de favorecer a consolidação do Estado Liberal, nasce uma forma de exercício de poder a partir da disciplina do corpo individual. Este corpo, visto como máquina, precisava ser adestrado a fim de ampliar suas aptidões e extorquir suas forças. Nessa construção de utilidade e docilidade dos corpos, estes podem ser moldados e configurados conforme as necessidades sociais. O autor aponta, inclusive, presídios e hospitais psiquiátricos como instituições disciplinares.

O poder disciplinar favorece, em meados do século XVIII, um outro polo de exercício de poder sobre a vida, o que ele chama de biopoder, centrada, agora, no

corpo-espécie. O Estado, para tanto, constitui uma biopolítica, como um “estado de segurança”, a fim de fazer com que a população (já disciplinada, compondo uma “multiplicidade organizada”, categorizados) seja controlada, sob argumento do bem-estar social. Assim, o Estado passa a controlar os níveis de saúde da população, a longevidade, a natalidade, entre outros (FOUCAULT, 2006).

No contexto da discussão dos achados dessa categoria, o biopoder se manifesta a partir da utilização do conhecimento científico para a prescrição de modos de viver, tanto pelas disciplinas, que ditam como a vida deve ser vivida pelos indivíduos, quanto pela biopolítica, que se vale de conhecimentos epidemiológicos, por exemplo, para subsidiar políticas sobre o corpo e sobre os modos de viver. Assim, juízos de valor são emitidos sobre os comportamentos e o conhecimento científico se destaca como superior, anulando a subjetividade das pessoas em suas singularidades socioculturais (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE *et.al.*, 2011).

Em consonância com essas ideias, tem-se que, apesar da difusão das ideias sobre novas formas de se fazer educação em saúde, mais centradas nas pessoas, com metodologias mais adequadas à construção do conhecimento autônomo, essa postura que acaba por reproduzir uma ação biopolítica, ainda é muito observada na prática. Ainda que, no discurso, o profissional reproduza conceitos mais atuais sobre as metodologias, na prática ainda são meros transmissores de conhecimento, impositivos de comportamentos, numa relação verticalizada com o usuário, sem entendê-lo em suas necessidades, crença e valores singulares, inseridas num contexto coletivo que deve ser apreendido (CERVERA; PEREIRA; GOULART, 2011).

Fazendo aqui uma relação entre biopoder e processo de trabalho, cabe dizer que, na perspectiva da educação em saúde, a utilização de tecnologias leves é condição essencial para gerar autonomia e qualidade de vida. Assim, retomando os resultados dos estudos, essas relações não têm sido pautadas na produção de uma escuta qualificada, um conhecimento dos contextos de vida da pessoa com hanseníase, tão cheio de singularidades, haja vista os resultados apontados falarem sobre a verticalidade, a imposição, a centralidade no saber biomédico, com pouca potência de gerar o conhecimento autônomo e potente do usuário.

Para Franco, Corvino, Galavote *et.al.* (2011), isso ocorre quando a prática de promoção de saúde opera sob uma lógica instrumental em detrimento de uma lógica relacional, que seria a mais propícia a uma prática libertadora do outro, ativando seu

potencial, a partir de seu próprio desejo para cuidar-se. Desejo aqui entendido, na perspectiva de Deleuze e Guattari (1972), como sendo a energia que impulsiona o homem para a ação.

Se há, portanto, uma energia intrínseca ao homem que o impulsiona, cabe uma reflexão de Schramm (2009), que diz existir uma outra faceta da biopolítica, sendo esta uma forma de resistência, exercida pelas pessoas, às imposições, implicando numa postura libertadora, podendo vir a criar condições de empoderamento das populações. Isto é compreensível, quando retomamos a ideia, já posta em Foucault (1985), de que ainda que existam comportamentos impostos por diferentes aparelhos sociais, sempre existe uma margem para elaborar a própria conduta ética, numa relação não normatizada.

Sob essa perspectiva, surge a ideia de biopotência como um tipo de biopolítica, transpondo a noção desta como regulamentação do outro, de fora para dentro, para uma ideia de que há uma potência de vida, exercida pelo próprio indivíduo, produzindo formas alternativas de vida, de acordo às singularidades de cada um (PELBART, 2003).

2.2 Educação em saúde em hanseníase: influência dos determinantes sociais em saúde e do estigma.

Os artigos que subsidiam as discussões dessa categoria, giram em torno de questões mais focadas na pessoa com hanseníase. Assim, é possível a visualização de temas relacionados a questões socioeconômicas e socioculturais, ao estigma relacionado, às medidas educativas que incidem sobre os acometidos e o modo como tudo isso influencia na formação de conhecimento sobre a doença.

Enquanto doença negligenciada, fica claro que a incidência e manutenção de casos de hanseníase, bem como as complicações advindas e o enfrentamento insuficiente por parte das políticas públicas, se ancoram, em grande medida, em condições socioeconômicas desfavoráveis.

Nesse contexto, os resultados apontam que a baixa escolaridade está associada a condições mais precárias de vida e baixo acesso a serviços de saúde, por refletir em uma menor renda dos indivíduos. Associa-se, também, a uma dificuldade em compreender informações acerca da própria saúde, inclusive, sobre a gravidade da doença e suas complicações, dificultando a prevenção, a adesão ao tratamento e o autocuidado (DA SILVA *et al.*, 2018); (ARAÚJO, 2018); (RODRIGES,

2016); (GOMES, 2019); (MORAIS; FURTADO, 2018); (KER *et al.*, 2016): (GALAN *et al.*, 2016).

Cabe destacar, pelo contraste, o estudo de Goiabeira (2018), que identificou uma maior incidência de casos em população com secundário completo, em capital hiperendêmica, o que o autor associa, hipoteticamente, ao maior acesso à educação, observado nas últimas décadas, no Brasil.

Pela convergência encontrada, cabe uma reflexão sobre a determinação social do processo saúde-doença. O discurso sobre Determinantes Sociais em Saúde (DSS), é bastante destacado no campo da saúde coletiva. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incorpora um novo marco conceitual sobre os DSS, proposto por Solar e Irving (2010). Em tal modelo, são apresentados determinantes estruturais que irão, em última análise, configurar os impactos sobre a saúde e o bem-estar. Os determinantes estruturais seriam os mecanismos econômicos, sociais e políticos, que acabam por estratificar a sociedade em diferentes posições socioeconômicas, a depender de fatores como gênero, educação, etnia, ocupação, entre outros. Tais estratificações, ao determinarem hierarquias sociais, produzem exposições e vulnerabilidades diferenciadas, ligadas a circunstâncias materiais, fatores psicossociais, comportamentais e biológicos, que incidirão sobre níveis de saúde e bem-estar das pessoas. Além disso, os fatores que estratificam a sociedade, também refletem uma maior ou menor influência das pessoas nas mudanças dos fatores estruturais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Obviamente que nenhuma dimensão pode ser considerada, isoladamente, quando há uma proposta de discussão sobre DSS. Mas, a partir desse referencial, confirma-se que o nível educacional dos acometidos acabam por deixá-los em posição de maior vulnerabilidade para aquisição e desenvolvimento de qualquer doença.

Assim, tomando Ayres *et. al* (2009) como referência sobre vulnerabilidade, tem-se a mesma sob três componentes: o individual, o social e o programático. Tanto o componente individual, quanto o social, trazem a questão do nível educacional como fator de vulnerabilidade. Assim, individualmente, para além da qualidade da informação recebida, as pessoas precisam ter capacidade de elaborá-las, a fim de poderem incorporá-las ao seu repertório de preocupações e práticas. Tal capacidade de elaboração pode ser determinada pelo componente social de

vulnerabilidade, pois o mesmo defende que essa capacidade não depende exclusivamente do indivíduo, mas de uma série de configurações sociais que incidem sobre o mesmo, dentre elas, para efeito dessa discussão, o nível de escolaridade.

Ainda para o mesmo autor, o componente programático da vulnerabilidade diz respeito à qualidade de programas de prevenção, de modo a otimizar os recursos sociais necessários e identificar outros a serem acessados, no sentido de fortalecer o indivíduo diante do enfrentamento de seu processo saúde-doença.

Diante disso, um baixo nível de escolaridade, como os estudos trazem, refletem em maior vulnerabilidade dos indivíduos na exposição e manejo da hanseníase e, por isso mesmo, se constitui num desafio no planejamento das práticas educativas, visto a dificuldade de compreensão sobre os aspectos que necessitam de enfrentamento, tanto para a quebra da cadeia de transmissão, quanto para a implementação de medidas que visam a cura e a redução das complicações, como trouxeram os estudos. Assim, ações educativas devem ser acessíveis, do ponto de vista da viabilização de compreensão comunicativa. Essa acessibilidade, para Loures e Mármora (2017), configura-se como um instrumento importante em relação aos esclarecimentos dos principais conceitos e uma melhor compreensão sobre as diferentes manifestações da doença.

Deslocando as reflexões dos efeitos para a origem, retoma-se o modelo de Solar e Irving, que concebe que os determinantes estruturais são causa das hierarquias sociais, mas são, também, mantidos ou alterados por elas. Assim, precisa-se questionar o que ocasiona essas estruturas, mas também compreender como as pessoas podem alterá-las, de modo que não se perpetuem as condições insatisfatórias que criam, culminando em níveis de saúde indesejados.

A partir desse pensamento, cabe a concepção Freiriana de educação popular, cujo escopo ideológico e metodológico, é trazido para o discurso da saúde. Assim, a educação popular é aquela que tem como pressuposto “libertar os oprimidos”, a partir da reflexão e criticidade acerca de sua realidade, possibilitando uma ação popular que mude as estruturas sociais que causam essa opressão, gerando

autonomia, liberdade e humanização⁴. Isso é alcançado por meio do diálogo e da problematização da realidade (Freire, 2020).

Sob essa influência, surge em 2013, no Brasil, a política Nacional de Educação Popular em Saúde. A mesma busca introduzir no SUS uma prática educativa que visa a produção de conhecimento; a emancipação, como forma de libertar-se de toda forma de opressão que desumaniza e determina socialmente a doença; a construção de uma sociedade melhor e mais inclusiva; e o controle social. Isto alcançado por meio da construção compartilhada de conhecimento e a problematização da realidade (BRASIL, 2013).

Portanto, a questão socioeconômica, tão presente na hanseníase, deve ser considerada na dimensão da educação em saúde, não apenas no sentido da formação de um conhecimento que gere autonomia para as questões terapêuticas, mas que, também, emancipe para a mudança da realidade que determina, socialmente, a doença. Para Vasconcelos (2004, p. 79),

a educação popular é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas.

Com relação a questão do acesso a informações sobre autocuidado, fator preponderante para prevenção de complicações, Laurindo (2018) traz que a maioria dos participantes do seu estudo recebe informações, porém consideradas incompletas, e registra uma baixa adesão a grupos educativos. Esta baixa adesão é considerada negativa, ao compararmos esse dado com o estudo de Gomes (2019), que diz que participantes de grupos educativos de autocuidado, bem como a família desses participantes, consideram o grupo uma ferramenta bastante potente, visto que se constitui num espaço de convivência e amizade, permite a troca de experiências, aquisição de habilidades e a construção de conhecimentos que melhoram a qualidade de vida.

A realidade retratada corrobora outros estudos que trazem a questão do relacionamento interpessoal como facilitador da adesão a medidas importantes na hanseníase, como, por exemplo, o autocuidado, visto que a troca de experiências no

⁴ Humanização, para Paulo Freire, é a vocação dos homens. Porém, não há humanização sem a reversão da injustiça, da exploração e da opressão. É um anseio de liberdade (FREIRE, 2020).

espaço de tais grupos, possibilita a construção do conhecimento necessário à prática (D'Azevedo; Freitas; Nascimento, 2018).

Na mesma perspectiva, outro estudo acrescenta que, embora os profissionais de saúde sejam uma importante fonte de orientações acerca do tema, o conhecimento produzido por pares em grupos, solidifica tal conhecimento, facilitando a adesão ao autocuidado, resultando numa maior autonomia do indivíduo (PRYCE, 2018).

É notório observar, portanto, que a existência de uma forte rede de apoio constitui elemento importante. Tais medidas de convivência, como participação em grupos, se opõem às práticas de isolamento de pacientes com hanseníase em hospitais-colônias no Brasil, até a década de 1960, apesar de vestígios desse tipo de mentalidade ainda serem muito presentes em serviços de saúde (FERREIRA; RIBEIRO, 2017) e na sociedade como um todo.

Assim, os estudos trazem, também, que os grupos educativos são apontados como de grande relevância na superação do estigma e do preconceito, por serem espaços de educação em saúde e escuta, possibilitando aos indivíduos e suas famílias, construção de conhecimentos e desmistificação de estigmas construídos socialmente (GOMES, 2019); (PINHEIRO *et al.*, 2015). Tais estigmas se constituem em fator dificultador do diagnóstico e prevenção de limitações, a partir do autocuidado (GALAN, 2016); (SAVASSI, 2015).

Como a hanseníase é uma doença dermatoneurológica, que produz lesões visíveis, seja por manchas na pele, nódulos, até perda de função e deformidades de mãos, pés e na face (FLEURY, 2006), é pertinente se falar no estigma associado à imagem corporal.

Para Santos e Sawaia (2000), a sociedade capitalista e tecnocrata não tolera o corpo “diferente” ou “desviante”, por não expressarem características compatíveis com a produtividade e com os padrões estéticos de beleza e consumo. Seriam o “corpo-máquina” e o “corpo-objeto”, respectivamente. Assim, isto também se associa ao corpo “leproso” e “deformado”. Dessa forma, a imagem corporal é socialmente construída, e a representação social do corpo ideal, a partir da sociedade capitalista, ancora-se na beleza padrão, na juventude, na magreza e na saúde.

Assim, as práticas educativas para pessoas acometidas pela hanseníase, precisam ir além de uma concepção biomédica, mas trazer elementos que discutam o significado e sentidos que os acometidos atribuem aos seus próprios corpos, a fim

de que possam desenvolver recursos para o autocuidado, a partir da elucidação dessas representações (HERZLICH, 2005).

Goffman, sociólogo canadense, analisa o estigma sob a perspectiva teórica do interacionismo simbólico. Assim, foca nas interações sociais, mediadas por símbolos. O autor descreve, em sua obra, uma série de conceitos e situações práticas acerca do estigma. Dentre elas, para efeitos dessa discussão, destaca-se a questão da visibilidade. Segundo ele, alguns estigmas estão ligados a fatores que são visíveis nos indivíduos. Quando assim é, isto acaba por ser crucial para outra questão apontada por ele, que é o encobrimento. Quando o estigma está ligado a partes do corpo que devem ser escondidas em público, o encobrimento se torna inevitável (Goffman, 1982).

A partir dessas ideias, pode-se inferir que as dificuldades que o estigma traz para o autocuidado e até a procura por diagnóstico e tratamento, podem estar ancoradas na questão da visibilidade e conseqüente necessidade de encobrimento. Destarte, é uma questão a ser refletida no escopo da comunicação e educação em saúde.

Nesse ínterim, o uso da mídia é defendido e destaca-se a TV, que é apontada como uma aliada, por fazer com que campanhas façam parte do inconsciente coletivo. Contudo, um exemplo considerado negativo foi a campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil” de 1998. O modelo educacional foi taxado de estigmatizante, ligado ao sentido de mácula, sujeira, descrédito na reputação. Além disso, é enfatizado a verticalidade de materiais educativos produzidos no Brasil, como panfletos, filmes, palestras, entre outros, cujo foco se dá em torno de tais materiais, em detrimento de práticas sociais promotoras de saúde. (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017).

Nesse contexto, a dissociação entre os termos “lepra” e hanseníase, observada nas questões educativas relacionadas ao tema, se deu no sentido de diminuir o estigma associado, de origem bíblica. Porém, do ponto de vista das práticas educativas, essa dissociação pode acarretar em uma dissociação, também, das lesões com a gravidade da doença, na visão dos indivíduos, o que é apontado, pelos profissionais, como um possível obstáculo. Daí a importância de conhecer as crenças dos acometidos pela hanseníase (SAVASSI, 2015).

As crenças dos indivíduos estão circunscritas à dimensão cultural do processo saúde-doença. Porém, essa dimensão é pouco abordada nas discussões

sobre tal processo, em detrimento da dimensão econômica (FERNANDEZ, 2014). O problema é que a não priorização dos aspectos culturais relacionados às crenças dos indivíduos, pode ocasionar um certo distanciamento dos pacientes em relação ao autocuidado e um entrave no estabelecimento dos vínculos de confiança (XAVIER; BITAR; ATAÍDE, 2009).

Isto posto, pode-se colocar aqui a importância da compreensão destas singularidades no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, não encarando-o, apenas, como um processo que dispara a cognição da comunidade, mas com a necessidade de promover a subjetivação, em negociação com as pessoas, com seus anseios, cultura e necessidades. Assim, a cognição, enquanto dimensão do processo educativo, se faz na construção de conhecimento técnico em saúde, enquanto que a subjetivação, se constrói a partir da capacidade que tem o processo pedagógico de promover mudanças na subjetividade (FRANCO; MERHY, 2013).

Para finalizar essa breve reflexão, destaca-se o que já foi dito com relação à escassez de estudos que trouxessem a vivência pessoal do acometido pela hanseníase, sob sua própria perspectiva. Daí, a pergunta que se faz é: como falar do processo educativo, cuja finalidade é formar um conhecimento para autonomia, sem “dar voz” ao objeto desse processo? E é exatamente isto que este trabalho de pesquisa pretende.

3 A CARTOGRAFIA APLICADA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES FILOSÓFICAS

3.1 Cartografia: um modo de produção de conhecimento

A cartografia é um modo de produção de conhecimento, desenvolvido por Deleuze e Guattari, cuja aplicação se dá em pesquisas de campo, voltadas para o estudo das subjetividades, admitindo o acompanhamento de processos (KASTRUP, 2007). Dito isto, reforça-se a consonância de seu uso com o objeto deste estudo: indivíduos acometidos por hanseníase, vivenciando um processo de construção de conhecimento, a partir de sua condição.

Cartografia é um termo próprio da geografia que remete à ciência de reprodução gráfica de um determinado território, através de mapas. No entanto, esse território a ser cartografado, tratado na filosofia de Deleuze e Guattari, diz respeito aos territórios existenciais, que vão se evidenciando nos processos de vida, fazendo-se e refazendo-se no espaço das relações.

O termo cartografia, desenvolvido neste trabalho, tem sua origem em 1980, quando da edição do livro “Mil Platôs”, no qual Deleuze e Guattari situam-no como um dos princípios do rizoma. Este último, termo original da botânica, foi apropriado pelos filósofos em questão, a fim de trazer uma imagem do pensamento múltiplo a ser evidenciado em tal livro. O rizoma é formado de platôs, regiões de multiplicidades e intensidades conectáveis pelo meio. Por isso, uma das principais características da cartografia é a reflexão das intensidades do objeto de estudo que só são percebidas pelo sujeito em relação (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

O rizoma possui 6 princípios, a saber: conexão, multiplicidade, heterogeneidade, ruptura a-significante, cartografia e decalcomania (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

O princípio da **conexão** imputa ao rizoma, a capacidade de conectar qualquer um de seus pontos a outros pontos, desenvolvendo-se em qualquer direção. Na **heterogeneidade**, está contida a ideia que cadeias biológicas, políticas, econômicas, culturais, etc., são conectadas a modos de codificação diversas. Assim, fala das conexões heterogêneas, com o diferente, na diversidade das relações de poder e sistemas sociais produtores de alterações nas subjetividades. Segundo o princípio da **multiplicidade**, não há como falar em sujeito e objeto separadamente, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem

que mudem de direção. Seriam os agenciamentos, enquanto produção social, a partir da multiplicidade de conexões. Pelo princípio de **ruptura a-significante**, o rizoma pode ser rompido em qualquer um de seus pontos, porém, retoma sua forma segundo uma ou outra de suas linhas. Pode, dessa forma, abrir linhas de fuga, a partir de tensões, por exemplo (DELEUZE; GUATTARI, 2011a); (CARVALHO; FRANCO, 2015).

O rizoma funciona como um mapa que pode ser cartografado a partir de qualquer ponto de orientação, uma vez que não possui um plano central ou uma estrutura arquitetônica. Segundo o princípio rizomático da **cartografia**, o rizoma funciona como um mapa, que

não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói (...). O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social (...). Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas (DELEUZE, GUATTARI, 2011a, p 30).

O princípio de **decalcomania**, apesar da nomenclatura, não se trata de um decalque no sentido de copiar o original. “O que o decalque reproduz do mapa ou do rizoma são somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação” (DELEUZE, GUATTARI, 2011a, p 32). No decalcamento da estrutura rizomática, pode-se perceber que a estrutura e o padrão da realidade surgem da interação com esta realidade.

É necessário dizer que a Cartografia é uma proposta metodológica, uma postura, muito mais do que um método rígido, fechado, uma vez que, na Cartografia, “não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*.” (KASTRUP, 2007, p. 15). Assim, a cartografia vai mostrando o decalque que realidades e processualidade específicas vão construindo.

Cartografar significa captar a dinamicidade do objeto ao produzir sua realidade social, a partir de um referencial rizomático e suas conexões livres e de diversas naturezas, a heterogeneidade destas conexões e toda a cadeia de significados estabelecidos aí, as rupturas e novas conexões, as linhas de fuga, os agenciamentos que produzem a realidade.

Traçar uma cartografia no presente estudo, é mapear o fluxo de intensidades do objeto, a partir das relações que estabelece, repercutindo nas paisagens

psicossociais que vão se fazendo, desfazendo e refazendo nesses movimentos. Sobre isso, Rolnik (2006) afirma que paisagens psicossociais também podem ser cartografadas. E esta cartografia acompanha e se faz, ao mesmo tempo, em que se desmancham certos mundos, com a perda de sentido, e outros mundos se formam, com o objetivo de expressar novos **afetos**. A este movimento, do ponto de vista da Cartografia, se atribui os nomes de **desterritorialização e reterritorialização**.

É necessário, a esta altura, entender o que é um afeto. Para tanto, é preciso recorrer ao filósofo holandês Benedictus de Spinoza e sua obra “Ética”, publicada, postumamente, em 1677. Para Spinoza, o corpo é uma potência em ato, uma força de existir, um aglomerado de partes duras e moles, um conjunto de átomos, moléculas, tecidos, órgãos que possuem a capacidade de manterem-se unidos, regenerarem-se e agirem em conjunto. Este tem a potência de afetar e ser afetado por outros corpos. “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (Spinoza, 2019, p. 98). Assim, em suma, pode-se dizer que, na visão de Spinoza, o afeto é a variação da potência de agir de um corpo.

Dessa forma, para este filósofo, as afecções do corpo correspondem ao corpo sendo afetado pelo mundo, por meio do encontro pontual desses corpos, ou seja, uma transformação ocorrida a partir de encontros/ relações. E, dessas afecções, são produzidos mais afetos.

Segundo Spinoza (2019), existem 3 afetos primitivos ou primários, dos quais decorrem todos os demais afetos: o **desejo**, a **alegria** e a **tristeza**. São chamados de primitivos, visto que são imanentes a todos os corpos, e se expressam pelo simples fato desses corpos existirem.

Para Spinoza (2019), o **desejo** é a essência do homem, que se esforça para perseverar em seu ser. Segundo ele,

o desejo é a própria essência do homem, enquanto esta é concebida como determinada, em virtude de uma dada afecção qualquer de si própria, a agir de alguma maneira (...). Compreendo, aqui, portanto, pelo nome de desejo todos os esforços, todos os impulsos, apetites e volições do homem, que variam de acordo com seu variável estado e que, não raramente, são a tal ponto expostos entre si, que o homem é arrastado para todos os lados e não sabe para onde se dirigir (Spinoza, 2019, p140-141).

Destarte, o homem é movido pelo desejo. Em consonância com esta ideia, Deleuze e Guattari (1972), afirmam que o desejo é formado no inconsciente e se

constitui em energia produtiva que impulsiona o sujeito na construção da realidade. Com base nesses autores, Franco e Merhy (2011, p.12), afirmam que:

A força motriz de construção da sociedade é o desejo, que se forma em nível inconsciente, é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo.

Assim, o desejo é entendido na perspectiva da Esquizoanálise, uma prática clínica e política, desenvolvida por Deleuze e Guattari no livro *O Anti-Édipo*, em 1972, no qual concebem o inconsciente como produtor, um inconsciente chamado de maquínico; e não representativo, como defendido na psicanálise freudiana, na qual o desejo é traduzido como falta.

Retomando a ideia das afecções primárias, a **alegria** seria, segundo Spinoza, “a passagem do homem de uma perfeição menor para uma maior”, enquanto que a tristeza seria “a passagem do homem, de uma perfeição maior para uma menor” (Spinoza, 2019, p.141). A alegria aumenta o desejo e a potência de agir, enquanto que na tristeza, tem-se o desejo constrangido pelo exterior e, conseqüentemente, diminui a potência de ação. Amor, ódio, inveja, contentamento, humildade, misericórdia, orgulho, ambição, dentre outros, são definidos por Spinoza como afetos oriundos das afecções primárias.

Dito isto, cabe introduzir a ideia defendida por Rolnik (2006, p.23), acerca da função do cartógrafo:

É tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago.

Dessa forma, o cartógrafo, a fim de exercer sua função, precisa lançar mão de instrumentos que possam auxiliá-lo na função de expressar os afetos, através dos quais os territórios existenciais se compõem e se recompõem, por processos de subjetivação.

Para tanto, é necessário o que Rolnik chama de “corpo vibrátil”, que é explicado a partir de uma concepção da neurociência, que advoga que cada um de nossos órgãos do sentido é portador de uma dupla capacidade – cortical e subcortical. A primeira diz respeito à percepção, através da qual apreendemos o mundo em suas formas e atribuímos sentido a elas. A segunda, “nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e

se fazem presentes em nosso corpo sob forma de sensações” (ROLNIK, 2006, p. 12).

Enquanto na primeira, delimita-se as figuras de sujeito e objeto, na segunda, estas figuras são dissolvidas, uma vez que o exercício da apreensão da alteridade, faz com que o outro se integre à nossa textura sensível, tornando-se parte de nós mesmos. Daí que a esta segunda capacidade se atribui o conceito de “corpo vibrátil”.

Assim, o Cartógrafo assume uma postura ética-estética e política, confrontando a lógica cartesiana de produção científica, que julga o objeto de estudo dissociado do sujeito que o investiga. Esta afirmação é corroborada por Arraes-Amorim e Dimenstein (2009, p.194):

O ato de cartografar consiste no desenho, na trama de movimentações, na composição de multiplicidades e diferenciações que vão ocorrer no encontro do pesquisador com a realidade estudada. E isso exige do pesquisador uma postura ético-estética de acolher a vida em seus momentos de expansão (...) rompendo com o legado cartesiano que construiu o método científico, em que o sujeito-pesquisador e o objeto-pesquisado ocupavam lugares fixos e relacionavam-se mediados pela neutralidade (...)

Dito isto, é preciso retomar os termos **desterritorialização** e **reterritorialização** que, como dito anteriormente, constituem o movimento de desmanche de certos mundos e formação de outros, a fim de expressar novos afetos; movimentos a serem acompanhados pelo cartógrafo.

Para tanto, iniciemos no entendimento do que seria um **território** na filosofia aqui apresentada. Segundo Guattari e Rolnik (1996, p.323),

a noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

Assim, entende-se que, para tais autores, o território tem um conceito que vai muito além de um território meramente geográfico, físico, mas, também, subjetivo (psicológico) e sociológico.

O território é um agenciamento. O agenciamento é referido por Guattari e Rolnik (1996, p 317), como “noção mais ampla do que a de estrutura, sistema, forma, etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem

biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica (sic), imaginária”. Daí, inclusive, a amplitude do conceito de território, na perspectiva de Deleuze e Guattari.

São dois os agenciamentos, cujos movimentos mútuos, constituem um território: o agenciamento maquínico de corpos (ou de desejo) e o agenciamento coletivo de enunciação.

Os agenciamentos maquínicos de corpos são as máquinas sociais, as relações entre os corpos humanos, corpos animais, corpos cósmicos. Os agenciamentos maquínicos de corpos dizem respeito a um estado de mistura e relações entre os corpos em uma sociedade. Aqui é importante lembrar que, tal como na não dicotomização geográfica entre Natureza e sociedade, também não é possível ver o corpo social fora do corpo da Natureza, pois se trata de um só corpo de multiplicidades. O agenciamento maquínico de corpos é essa relação que se constrói entre os corpos (HAESBAERT; BRUCE, 2002)

A visão dos autores acima citados, pode melhor elucidar-se com o exemplo dado:

Considerar-se-ão as misturas de corpos que definem a feudalidade: o corpo da terra e o corpo social, os corpos do suserano, do vassalo e do servo, o corpo do cavaleiro e do cavalo, a nova relação que estabelece com o estribo, as armas e as ferramentas que asseguram as simbioses de corpos - é tudo um agenciamento maquínico (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p.32).

Os agenciamentos coletivos de enunciação, por sua vez, referem-se aos

enunciados, as expressões, [113] os regimes jurídicos dos brasões, o conjunto das transformações incorpóreas, principalmente os juramentos com suas variáveis, o juramento de obediência, mas igualmente o juramento amoroso, etc. (...) regime de signos, a uma máquina de expressão cujas variáveis determinam o uso dos elementos da língua” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p.32 - 33).

Estes não se referem a sujeitos, visto que se produzem, apenas, no *socius*, uma vez que apontam para “um regime de signos compartilhados, à linguagem, a um estado de palavras e símbolos (como os brasões, por exemplo) ” (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

Importante frisar que os agenciamentos coletivos não são a expressão dos agenciamentos maquínico dos corpos, apenas há uma relação entre ambos,

os dois percorrem um ao outro, os dois agenciamentos intervêm um no outro, é um movimento recíproco e não hierárquico (...) Os agenciamentos coletivos de enunciação fixam atributos aos corpos de forma a recortá-los, ressaltá-los, precipitá-los, retardá-los, etc. (HAESBAERT; BRUCE, 2002)

Nesse sentido, pode-se territorializar em qualquer coisa, na qual se faça os movimentos mútuos de ambos os agenciamentos. Como exemplo, um território constituído numa tela pintada: As relações entre as tintas, a madeira da tela e o

papel (ambos advindos de corpos da natureza), o corpo do pintor, a técnica de pintura, os pincéis, etc., são os agenciamentos maquínicos; o enunciado de signos da imagem pintada no quadro, seria um agenciamento coletivo de enunciação.

Ainda sob a mesma perspectiva, um território também tem outros dois elementos constituintes: a desterritorialização e a reterritorialização. Veja o que diz Guattari e Rolnik sobre a desterritorialização:

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair do seu curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios “originais” se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 323).

Uma desterritorialização ocorre, portanto, quando os agenciamentos criam linhas de fuga de um território. Dessa forma, pode-se dizer que desterritorialização e reterritorialização são movimentos indissociáveis, uma vez que a ocorrência do primeiro requer a criação de novos agenciamentos para a composição de um novo território – uma reterritorialização (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

Mas o que é, na visão cartográfica, uma linha de fuga? Para melhor elucidação, precisa-se de uma rápida menção ao que Deleuze e Guattari (2012e) denominam agenciamento máquina de guerra. Para os autores, o Estado capitalista, no nível molar, opera por linhas de integração, as quais integram os indivíduos de uma sociedade, fazendo com que estes se sujeitem socialmente às demandas do capital, ou seja, o Estado exerce um agenciamento de poder. Para tanto, influenciam na produção de subjetividade dos indivíduos, a partir de um investimento paranoico, no qual o indivíduo é influenciado a desejar o que lhe falta, culminando na manutenção de tal sistema, reforçando a macropolítica dominante.

Porém, quando ocorre o chamado agenciamento máquina de guerra, tais indivíduos, num nível molecular, “escapam” dessa integração, traçando linhas de fuga, o que culmina na produção de uma subjetividade singular, não sujeitada às imposições do Estado. As linhas de fuga promovem devires (DELEUZE; GUATTARI, 2012e).

Nesse íterim, pode-se introduzir uma breve reflexão sobre o devir. A partir do momento em que os agenciamentos produzem uma desterritorialização e uma nova

territorialização, há uma subjetivação, uma nova forma de ser no mundo a partir de relações, há um devir, sempre molecular. Porém, é preciso frisar que

os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos (...) a vespa e a orquídea são o exemplo. A orquídea parece formar uma imagem de vespa, mas, na verdade, há um devir-vespa da orquídea, um devir-orquídea da vespa, uma dupla captura pois “o que” cada um se torna não muda menos do que “aquele” que se torna. A vespa torna-se parte do aparelho reprodutor da orquídea, ao mesmo tempo em que a orquídea torna-se órgão sexual para a vespa (DELEUZE; PARNET, 1998, p.3)

Tais autores afirmam, ainda, que os afetos são devires, que podem tanto nos enfraquecer, quanto nos tornar mais fortes, dependendo se produzirão tristeza (diminuindo nossa potência de agir e decompondo nossas relações) ou alegria (aumentando nossa potência e possibilitando uma realidade de um indivíduo mais vasto). “Espinoza está sempre se surpreendendo com o corpo. Ele não se surpreende de ter um corpo, mas com o que o corpo pode” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 49).

O devir acontece nas conexões, em um campo de multiplicidades, no qual os agenciamentos produzem uma transformação, uma forma de individuação a partir de relações, da co-presença. Na relação educativa, por exemplo, pode haver produção de subjetividades, desterritorializações e reterritorializações, expressão de novos afetos, transformações diversas, devires.

3.2 Educação em saúde e formação de conhecimento na perspectiva cartográfica

Como já dito no tópico anterior, por envolver um processo produtor de subjetividades, o objeto desse estudo justifica o uso da Cartografia como norteador da produção do conhecimento aqui desenvolvido. Dito isto, há que se considerar, ainda, que falar de educação em saúde e formação de conhecimento, dentro de uma perspectiva cartográfica, a qual considera as relações, os afetos, as linhas do desejo e devires, pressupõe a necessidade de compreender a formação do conhecimento do ponto de vista espinozano, o que contribui, decisivamente, com as reflexões sobre o processo educativo, eminentemente relacional. Além disso, é importante diferenciar as linhas do desejo supracitadas, uma vez que podem oferecer pistas interessantes para a reflexão sobre o que é produzido a partir das relações educativas.

Iniciemos falando acerca das linhas do desejo. Tais linhas são diferenciadas por Deleuze em três, as quais são: a linha dura, a linha flexível e a linha de fuga. Diz, ainda, que cartografar essas linhas é objeto da Cartografia: “O que chamamos por nomes diversos – esquizoanálise, micro-política, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia – não tem outro objeto do que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 102).

Destarte, para que se possa refletir acerca da relação dessas linhas com o objeto desse estudo, precisa-se compreender como cada uma é traçada. Uma dessas linhas do desejo, a linha de fuga, já foi apresentada anteriormente. Vamos apresentar as demais e retomá-la ao fim.

A linha dura é traçada pelo planejamento geral da vida, se ancora no porvir, nas obrigações de horário, nas realizações de cada fase do ciclo vital, nos segmentos sociais da família, escola, nas divisões de classe social, entre outras. É uma linha molar, que diz respeito aos macrocortes dos segmentos sociais duros. É a linha que nos conserva, cômoda e que organiza a vida. Veja no fragmento a seguir:

A primeira espécie de linha que nos compõe é segmentária, de segmentaridade dura (ou, antes, já há muitas linhas dessa espécie); a família-a profissão; o trabalho-as férias; a família-e depois a escola-e depois o exército-e depois a fábrica-e depois a aposentadoria. E a cada vez, de um segmento a outro, nos dizem: agora você já não é um bebê; e na escola, aqui você não é mais como em família; e no exército, lá já não é como na escola... (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 101).

Uma segunda linha, é a flexível. Esta é uma linha molecular, visto que se refere ao desejo dos indivíduos, quando este produz microfissuras na realidade da linha dura. Daí, ocorre a redistribuição das potências e pode decorrer o não planejado. E, assim sendo, o porvir pode dar lugar a um devir.

Mas é antes quando tudo vai bem, ou tudo vai melhor sobre a outra linha, que a fissura acontece sobre essa nova linha, secreta, imperceptível, marcando um limiar de diminuição de resistência ou aumento de um limiar de exigência: já não se suporta o que se suportava antes, ontem ainda; a repartição dos desejos mudou em nós, nossas relações de velocidade e de lentidão se modificaram, um novo tipo de angústia surge, mas também uma nova serenidade. Fluxos se moveram... (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 102-103).

A terceira linha é a - já apresentada - linha de fuga que faz seu traçado quando já houve a microfissura e o desejo segue a direção que os acontecimentos apontam. Assim, ocorre um devir, simbolizado pela ruptura e surge um novo modo de vida. “A linha de fuga é uma desterritorialização” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 30). Afirmam que

ao mesmo tempo ainda, há como que uma terceira espécie de linha, esta ainda mais estranha: como se alguma coisa nos levasse, através dos segmentos, mas também através de nossos limiares, em direção de uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente (...) é a linha de fuga (DELUZE; PARNET, 1998, p.101).

Cartografar tais linhas, no contexto da educação em saúde, significa compreender como as imposições dos macrocortes sociais, duros, podem influenciar nas relações educativas e nos resultados que dela advém. Assim como perceber as linhas flexíveis e/ou de fuga nesse processo, podem fornecer diretrizes importantes para agenciamento de uma relação educativa que permita a produção de devires que criam um novo modo de viver, mais autônomo e ativo.

Passemos agora à visão espinoziana da formação do conhecimento, a qual considera três gêneros de conhecimento, a saber, 1º Gênero, no qual o conhecimento provém da imaginação; 2º gênero, no qual está presente a razão e, finalmente, o 3º gênero, que compreende o conhecimento pela intuição (SPINOZA, 2019).

Mas antes de elaborar tais conceitos, precisa-se compreender a noção de Deus, mente e retomar a noção de corpo. Spinoza (2019) chama de “natureza naturante”, a substância constituída por infinitos atributos, que são as potências da substância. Simplificadamente, é Deus ou Substância ou Natureza, imanente a todas as coisas. É uma potência absoluta de existir, causa de si mesmo e de suas modificações. Tais modificações são compreendidas enquanto “natureza naturada” que, simplificadamente, são as afecções (modificações) da substância ou corpo e mente.

Para Spinoza, dentre os infinitos atributos da Substância, estão os atributos extensão e pensamento. O primeiro produz infinitos corpos (todos os corpos existentes) e o segundo, infinitas ideias ou mentes. Assim, mente e corpo são modos finitos, afecções, dos atributos infinitos de Deus/ Substância/ Natureza. Todo corpo é constituído por infinitos corpos (no caso do corpo humano, todos os seus órgãos, sangue, células, entre outros) e denominado de indivíduo; e a mente é a ideia do corpo e de suas afecções. Assim, o que se passa com um, reflete no outro. “Se uma coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de agir de nosso corpo, a ideia dessa coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de pensar da nossa mente” (SPINOZA, 2019, p. 106).

Mente e o corpo se esforçam para perseverarem em seu ser, esforço que é denominado de desejo. Isso quer dizer que o corpo se esforça para, cada vez mais, afetar e ser afetado, enquanto a mente se esforça para, cada vez mais, conhecer e produzir ideias adequadas (SPINOZA, 2019).

No 1º gênero de conhecimento, no qual todos nascemos, o conhecimento é formado a partir de imagens, daí o termo imaginação. A partir do momento em que o nosso corpo se encontra com outros corpos (físicos ou não), a mente cria uma imagem desse corpo e passa a conhecê-lo por meio dessa imagem ou da imaginação. Nesse ponto, não se conhece as causas das afecções produzidas pelo encontro dos corpos e esses encontros são totalmente fortuitos. Por isso, a imaginação é tida como uma ideia inadequada.

O conhecimento de 1º gênero é o conhecimento dos signos, as noções universais, nas quais deixa-se de lado as pequenas distinções e organiza-se as coisas pelas semelhanças, agrupadas (SPINOZA, 2019). É desse modo que se reconhece os objetos e seres ao redor, que se sabe que o fogo queima (mesmo sem saber o porquê), que se cria superstições, que se assimila a cultura da família sem questionamentos, cria-se hábitos nocivos ou não, entre outras coisas.

Percebemos muitas coisas e formamos noções universais: 1. A partir de coisas singulares, que os sentidos representam mutilada, confusamente, e sem a ordem própria do intelecto (...) 2. A partir de signos; por exemplo, por ter ouvido ou lido certas palavras, nós nos recordamos das coisas e delas formamos ideias semelhantes àquelas por meio das quais imaginamos as coisas (...). Vou me referir, posteriormente, a esses dois modos de considerar as coisas, como conhecimento de primeiro gênero, opinião ou imaginação (SPINOZA, 2019, p. 81).

Também nesse 1º gênero, ignoramos que alegria e tristeza (enquanto afetos) são fruto de composição e decomposição de corpos, respectivamente. Assim, aumento ou diminuição da potência de agir, se dão quando os corpos que encontramos combinam ou não com a nossa natureza. Ao desconhecer isso, temos apenas a imagem de um corpo exterior que causa alegria ou tristeza. “A alegria e a tristeza são o próprio desejo ou o apetite, enquanto ele é aumentado ou diminuído, estimulado ou refreado por causas exteriores...” (SPINOZA, 2019, p.138).

Daí, dessa afecção, são produzidos os denominados afetos-paixões - assim denominados por que são afetos que nos fazem padecer e não agir - que nos fazem amar ou odiar outros corpos como se estes fossem a causa da alegria ou tristeza experimentada. Daí, deseja-se destruir o que causa a tristeza e conservar o que causa alegria.

O amor nada mais é do que a alegria, acompanhada da ideia de uma causa exterior, e o ódio nada mais é do que a tristeza, acompanhada da ideia de uma causa exterior. Vemos, além disso, que aquele que ama esforça-se, necessariamente, por ter presente e conservar a coisa que ama. E, contrariamente, aquele que odeia esforça-se por afastar e destruir a coisa que odeia (SPINOZA, 2019, p. 108-109).

Pensando de forma prática, pode-se supor que um dependente químico, por exemplo, se sente alegre (com a potência aumentada) quando em presença do narcótico, mas triste (com a potência diminuída), quando abstinente. Daí, por imaginar que a causa de alegria ou tristeza é um corpo externo (a droga), ele a busca sempre, a fim de manter sua alegria, a partir de um afeto-paixão de excitação. Tal afeto, porém, não traz um aumento de potência do corpo e mente como um todo, apenas de uma de suas partes.

Vemos, assim, que a mente pode padecer grandes mudanças, passando ora a uma perfeição maior, ora a uma menor, paixões essas que nos explicam os afetos da alegria e da tristeza (...) Além disso, chamo o afeto de alegria, quando está referido simultaneamente à mente e ao corpo, de excitação ou contentamento (...) Deve-se observar, entretanto, que a excitação e a dor estão referidos ao homem quando uma de suas partes é mais afetada do que as restantes... (SPINOZA, 2019, p. 107).

Importante frisar que esta é uma experiência individual. Segundo Spinoza, “homens diferentes podem ser afetados diferentemente por um só e mesmo objeto, e um só e mesmo homem pode, em momentos diferentes, ser afetado diferentemente por um só e mesmo objeto (SPINOZA, 2019, p.131). Além disso, um afeto qualquer só pode ser destruído por um afeto maior: “um afeto não pode ser refreado nem anulado senão por um afeto contrário e mais forte do que o afeto a ser refreado” (SPINOZA, 2019, p. 162).

Assim, essas concepções se tornam bastante relevantes para as reflexões sobre a educação em saúde, a considerar as singularidades, os afetos-paixões, a associação imaginativa que os indivíduos fazem com relação as afecções do corpo, a necessidade de propiciar a construção de ideias adequadas, em vez de ideias confusas, para o exercício da autonomia.

O 2º gênero do conhecimento, como já referido, envolve a razão e as chamadas noções comuns. “Por termos, finalmente, noções comuns e ideias adequadas das propriedades das coisas (...) A este modo me referirei como razão e conhecimento de segundo gênero” (SPINOZA, 2019, p. 81).

Diferentemente do 1º gênero, aqui a mente tem a ideia não só das afecções do corpo (para formar imagens e noções universais), a partir de encontros fortuitos;

mas tem, enfim, a ideia da composição e decomposição dos corpos e é capaz, portanto, a partir dessa noção, de organizar tais encontros e compreender o que seriam bons e maus encontros, sem associar alegria e tristeza a causas externas, conseqüentemente, amando-as ou odiando-as, mas agindo com uma certa autorresponsabilidade.

Com efeito, o que constitui a forma do amor ou do ódio é uma alegria ou uma tristeza, acompanhada da ideia de uma causa exterior. Suprimida, pois, esta última, suprime-se, ao mesmo tempo, a forma do amor ou do ódio. E, portanto, esses afetos e os que deles provêm são destruídos (SPINOZA, 2019, p. 216).

As noções comuns surgem quando há uma compreensão sobre o que há de comum entre meu corpo e um outro corpo, havendo ou não composição entre ambos. É compreender a ordem comum e necessária da natureza, a concatenação infinita de causas. Sobre isso, Spinoza afirma:

E é impossível que o homem não seja uma parte da natureza e que não siga a ordem comum desta. Se, entretanto, vive entre indivíduos tais que combinam com a sua natureza, a sua potência de agir será, por isso mesmo, estimulada e reforçada. Se, contrariamente, vive entre indivíduos tais que em nada combinam com a sua natureza, dificilmente poderá ajustar-se a eles sem uma grande mudança em si mesmo (SPINOZA, 2019, p.205).

Pergunta-se: o que há de comum que explica a ideia de noções comuns? “Todos os corpos, mesmo aqueles que não se convêm entre si (por exemplo, um veneno e o corpo envenenado), têm algo em comum: extensão, movimento e repouso. É que todos se compõem do ponto de vista do modo infinito mediato” (DELEUZE, 2002, p. 99). E, ainda, que “...das noções comuns, visto que ela exprime o que há de mais comum entre todos os modos existentes, a saber, que eles estão em Deus e são produzidos por Deus” (DELEUZE, 2002, p. 101). Retoma-se, aqui, a ideia já explanada de que todo corpo é um modo finito do atributo extensão da substância.

A partir desse raciocínio, passa-se a entender que um corpo pode se compor com qualquer outro, embora nem sempre resultará um bom encontro, caso ele não combine com a natureza do primeiro ou se o encontro se der numa proporção inadequada. Diante disso, por meio da experimentação, ganha-se conhecimento para gerenciar os encontros, de modo que eles causem alegria e não tristeza.

É lícito que afastemos de nós, pelo meio que nos pareça mais seguro, tudo aquilo que existe na natureza das coisas e que julgamos ser mau, ou seja, que julgamos poder impedir que existamos e que desfrutemos de uma vida racional. E, contrariamente, é lícito tomar para nosso uso e utilizar de

qualquer maneira tudo aquilo que existe e que julgamos ser bom, ou seja, que julgamos ser útil para conservar nosso ser e para desfrutar de uma vida racional. E, mais geralmente, é lícito que cada um, em virtude do supremo direito da natureza, faça o que julga ser-lhe útil (SPINOZA, 2019, p. 205).

Assim, por exemplo, compreende-se que o sol se compõe com o homem, mas numa proporção adequada para não lhe causar mal; compreende-se quais comidas e bebidas fazem bem e em que proporção; e compreende-se que a prática do autocuidado evitará complicações decorrentes da hanseníase. Logo, “por meio desse poder de ordenar e concatenar corretamente as afecções do corpo, podemos fazer com que não sejamos facilmente afetados por maus afetos” (SPINOZA, 2019, p.220).

Disso provém que, pela experimentação, o indivíduo passa a ser causa adequada das suas afecções, tornando-se ativo no processo de aumento ou diminuição da potência de agir, gerando, cada vez mais, afetos-ações ao invés de afetos-paixões. No caso específico da hanseníase, a pessoa acometida pela mesma, passa, na perspectiva do conhecimento de 2º gênero, a utilizar a razão que permite a concatenação de causas relacionadas à quebra de cadeia de transmissão, ao autocuidado, à importância de adesão ao regime terapêutico, entre outros. Logo, tais conhecimentos fazem sentido e são construídos ativamente, portanto, tem maior potencial de incorporação à vida diária e a adesão a boas práticas sanitárias.

O que leva o homem a construir um conhecimento de 2º gênero é a experimentação, a reflexão sobre as causas adequadas das afecções e a geração consequente de um afeto de alegria chamado de contentamento que, diferentemente da excitação, que só aumenta a potência de uma parte do corpo (tal como acontece com o abuso de álcool e outras drogas, a glotonaria, entre outros), há um aumento igualitário da potência de todas as partes do corpo, tal como acontece com a prática da promoção de saúde integral, por exemplo.

Deve-se observar, entretanto, que a excitação e a dor estão referidas ao homem quando uma de suas partes é mais afetada do que as restantes; o contentamento e a melancolia, por outro lado, quando todas as suas partes são igualmente afetadas (SPINOZA, 2019, p.107).

Disso denota que o homem passa a ter autonomia para organizar seus encontros, com base no conhecimento racional, com aquilo que vai promover a sua potência, de forma integral, podendo renunciar a hábitos nocivos. Salienta-se, aqui, que:

A razão se define de duas maneiras (...): 1º) um esforço para selecionar e organizar os bons encontros, a saber, os encontros dos modos que se compõem conosco e inspira-nos paixões-alegres (...); 2º) a percepção e compreensão das noções comuns, isto é, das relações que entram nessa composição, de onde se deduzem outras relações (raciocínio) e a partir das quais se experimentam novos sentimentos, desta vez ativos (sentimentos que nascem da razão) (DELEUZE, 2002, p. 100).

Fica o desafio à prática da educação em saúde, qual seja, compreender como esse processo se dá, para cada indivíduo, a fim de que possa levar as pessoas a terem autonomia para fazerem boas escolhas sanitárias, a partir de um exercício racional e ativo; Entender como propiciar as experimentações e o contentamento necessários à formação de um conhecimento de 2º gênero, construindo com ele uma corresponsabilidade, geradora de reflexão e autonomia, e uma consequente autorresponsabilidade (que não pode ser confundida com culpabilidade) para a ação e organização dos bons encontros.

Diante do exposto, infere-se que o próprio encontro com o profissional, na prática educativa, precisa ser um bom encontro, a fim de propiciar uma educação em saúde que seja efetiva. É importante que o profissional possa despertar na pessoa acometida por hanseníase (foco desse estudo) a criação de um corpo sem órgãos (CsO)⁵, o qual, segundo o referencial de Deleuze e Guattari, é um corpo por onde passam as intensidades, um corpo ativo e potente, que vai muito além do corpo hanseniano, do organismo e das limitações impostas por sua condição. “Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam” (DELEUZE; GUATTARI, 2012c, p. 16). Diz, ainda:

Percebemos pouco a pouco que o CsO não é de modo algum o contrário dos órgãos. Seus inimigos não são os órgãos. O inimigo é o organismo. O CsO não se opõe aos órgãos, mas a essa organização dos órgãos que se chama organismo. É verdade que Artaud desenvolve sua luta contra os órgãos, mas, ao mesmo tempo, contra o organismo que ele tem (...) ele se opõe ao organismo, à organização orgânica dos órgãos (DELEUZE; GUATTARI, 2012c, p. 24).

Segundo tal pensamento, um CsO possui órgãos, só não possui uma organização. O que quer dizer que ele não segue padrões impostos externamente, preestabelecidos, que diz como ele deve pensar e sentir. No 2º gênero de

⁵ Termo criado por Artaud, poeta e ator francês, em 1947, ao declarar guerra aos órgãos, afirmando a inutilidade destes, ao mesmo tempo em que afirma que um corpo sem órgãos é o que traz liberdade dos automatismos (DELEUZE; GUATTARRI, 2012a).

conhecimento, portanto, o homem pode construir o seu próprio CsO. Assim, Deleuze e Guattari concatenam esta ideia, nascida de Artaud, com a *Ética* de Spinoza.

Finalmente, o grande livro sobre o CsO não seria a *Ética*? (...) todos os CsO prestam homenagem a Espinosa. O CsO é o campo de imanência do desejo, o plano de consistência própria do desejo (ali onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo) (DELEUZE; GUATTARI, 2012c, p. 17-18)

Disso advém que um CsO pode traçar suas próprias linhas do desejo, agenciar encontros, se desterritorializar, experimentar devires. Assim, para Deleuze e Guattari (2012c, p. 84),

as linhas se inscrevem em um Corpo sem órgãos, no qual tudo se traça e foge, ele mesmo uma linha abstrata, sem figuras imaginárias nem funções simbólicas: o real do CsO. A esquizoanálise não tem outro objeto prático: qual é o seu corpo sem órgãos? quais são suas próprias linhas, qual mapa você está fazendo e remanejando, qual linha abstrata você traçará, e a que preço, para você e para os outros? Sua própria linha de fuga? Seu CsO que se confunde com ela? Você racha? Você rachará? Você se desterritorializa? (DELEUZE; GUATTARI, 2012c, p. 84).

As noções comuns do 2º gênero do conhecimento, guardam uma relação com o que Deleuze e Guattari consideram como plano comum de imanência ou plano de consistência, nos quais um corpo pode se compor com outros, resultando desterritorializações de todos, produzindo novas formas de viver.

O plano de consistência seria, então, o conjunto de todos os CsO, pura multiplicidade de imanência, da qual um pedaço pode ser chinês, um outro americano, um outro medieval, um outro pequeno-perverso, mas num movimento de desterritorialização generalizada onde cada um pega e faz o que pode, segundo seus gostos, que ele teria conseguido abstrair de um Eu, segundo uma política ou uma estratégia que se teria conseguido abstrair de tal ou qual formação, segundo tal procedimento que seria abstraído de sua origem (DELEUZE; GUATTARI, 2012c, p. 22)

O CsO é um corpo que deseja, que produz, que tem suas próprias aspirações. “O CsO é desejo, é ele e por ele que se deseja” (Deleuze; Guattari, 2017, p. 32). Diante do exposto, o assunto tratado até aqui traz consigo reflexões importantes sobre o processo educativo, a forma como profissionais o desenvolvem e seus reais objetivos e o modo como as pessoas, singularmente, o vivenciam.

A esta altura, já se sabe que, do conhecimento de 1º gênero, deriva a imaginação e, do 2º gênero, a razão. Passemos agora à explanação do 3º gênero do conhecimento, “que chamaremos de ciência intuitiva. Este gênero parte da ideia adequada da essência formal de certos atributos de Deus para chegar ao conhecimento adequado da essência das coisas” (SPINOZA, 2019, p. 81-82).

Deus, para Spinoza, não é transcendente, é imanente a todas as coisas. Assim, conhecer a essência do corpo é saber como este e sua potência se exprimem por meio de sua composição singular. “O terceiro gênero nos vai descobrir a correlação entre a essência de Deus e as essências singulares dos seres reais” (DELEUZE, 2002, p. 101).

Chega-se ao conhecimento de 3º gênero, quando já se tem o conhecimento racional (do 2º gênero). Compreende-se que todos são parte do absoluto, portanto, não se busca alegria no perecível, mas em Deus/ Substância que é uma potência absoluta de existir de infinitos modos, que já se ama e se alegra em si (ele é a causa de si próprio e de suas afecções). Assim, Spinoza (2019, p. 232) afirma que “do terceiro gênero do conhecimento nasce, necessariamente, o amor intelectual de Deus. (...) nasce uma alegria que vem acompanhada da ideia de Deus como sua causa...” E continua, “Deus ama a si mesmo com um amor intelectual infinito” (SPINOZA, 2019, p. 233). Este amor aqui referido, é um amor de 3º gênero de conhecimento, diferente daquele amor, enquanto afeto-paixão, anteriormente conceituado.

Nesse gênero, o desejo da mente é o esforço para conhecer cada vez mais, de forma intuitiva. Assim, produz as próprias afecções, experimentando no corpo e na mente uma potência absoluta, o que seria uma experiência de eternidade.

Não há pois ruptura do segundo ao terceiro gênero, mas passagem de uma vertente a outra da ideia de Deus (V.28): passamos para além da razão como faculdade das noções comuns ou sistema das verdades eternas referido à existência, entramos no entendimento intuitivo como sistema das verdades de essência (às vezes chamado consciência, visto que só aí as ideias se desdobram ou refletem em nós, tais como são em Deus, e nos fazem experimentar que somos eternos (DELEUZE, 2002, p. 102).

Não se trata apenas de compreender as similaridades e discordâncias, as ordens comuns das coisas; é compreender Deus nas coisas, a imanência da Natureza naturante.

A Natureza dita naturante (como substância e causa) e a Natureza dita naturada (como efeito e modo) estão vinculadas por uma mútua imanência: por um lado, a causa permanece em si mesma para produzir; por outro, o efeito ou o produto permanecem na causa (DELEUZE, 2002, p.94).

Culturalmente falando, a intuição é tida como algo sobrenatural. Porém, na visão de Spinoza, fica claro que a mesma está para além da razão, porém não se trata de um conhecimento sobrenatural, mas de um conhecimento da própria

essência - que é singular - enquanto expressão da essência da Substância, que é a causa primeira de todas as coisas. O conhecimento de 3º gênero vai além da universalidade da razão e chega a singularidade das coisas.

Infere-se, portanto, que o conhecimento de 3º gênero envolve uma visão tipicamente ecológica, ou seja, ideias adequadas (claras e distintas) de relação entre tudo que existe (entre si e com o meio ambiente). Inclusive, esta visão traz, segundo Spinoza, uma máxima satisfação e uma grande potência de agir (uma vez que Deus só age e somo expressão da essência dele). “A nossa mente (...) à medida que tem ideias adequadas, ela necessariamente age; à medida que tem ideias inadequadas, ela necessariamente padece” (SPINOZA, 2019, p. 99).

Cabe aqui introduzir a noção do que Spinoza (2019) chama de virtude. Para ele, o homem que age por virtude é aquele que age porque compreende, logo, tem ideias adequadas e busca o que é útil para si. E que este bem supremo, que é buscar a virtude e dela desfrutar, é comum a todos. O homem dotado de virtude, está igualmente dotado de potência para agir pelas leis da natureza e viver sob a condução da razão, o que resulta numa máxima utilidade para todos os homens.

Destarte, na perspectiva do conhecimento de 3º gênero, Spinoza diz que “quanto maior conhecimento de Deus a essência da mente envolver, tanto maior será também o grau com que aquele que busca a virtude desejará, para um outro, um bem que apetece para si próprio” (Spinoza, 2019, p. 179). Enfim, infere-se que o conhecimento intuitivo denota empatia e solidariedade, ecologia e preservação.

Além disso, Spinoza (2019), defende a ideia de que a virtude é a característica do homem livre, daquele que age por razão e busca o que lhe causa alegria e convém a sua natureza. Para o filósofo, quanto mais se pode compreender as coisas pela via do 2º e 3º gêneros de conhecimento, tanto mais liberdade se tem, o que significa que o homem padece menos de afetos-paixões, à medida que pode agir, sendo causa adequada de suas afecções.

Nesse contexto, cabe uma última citação sobre a liberdade humana na perspectiva de Spinoza, fundindo o que ele chama de beatitude com virtude, ao afirmar que

a beatitude consiste no amor para com Deus, o qual provém, certamente, do terceiro gênero de conhecimento. Por isso, esse amor deve estar referido à mente, à medida que esta age, e, portanto, ele é a própria virtude (...) quanto mais a mente desfruta desse amor divino ou dessa beatitude, tanto mais ela compreende, isto é, tanto maior é o seu poder sobre os afetos e tanto menos ela padece dos afetos que são maus (SPINOZA, 2019, p. 238).

Assim, no contexto da educação em saúde, a relação educativa deve visar propiciar ao indivíduo esta virtude que se desdobra em liberdade para ação racional e intuitiva, visto que isto tem valor inestimável para que o homem possa viver em equilíbrio com todos os seres e com o meio ambiente, fator importante na quebra de cadeia de transmissão de doenças e na qualidade de vida em geral.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Estudo

Definir o tipo de estudo é de suma importância ao desenvolvimento de um trabalho de pesquisa, uma vez que, para alcance dos objetivos propostos, é necessário que haja uma convergência entre estes e a abordagem metodológica a ser utilizada. Para este estudo, portanto, a abordagem escolhida foi a qualitativa. Esta escolha se deu comungando com o pensamento de Pesce e Abreu (2013) que advogam a ideia de que a complexidade e as particularidades humanas e de fenômenos sociais, muitas vezes, inviabilizam sua plena análise, a partir de critérios positivistas.

Ainda em consonância com este pensamento e retomando o objetivo do presente estudo que, em linhas gerais, é a compreensão de uma vivência pessoal; logo, cercada da subjetividade do objeto, conclui-se, conforme Santos (1998), que a ação humana, por estar permeada de subjetividade, não pode ser completamente explicada, utilizando apenas indicadores quantitativos, que se ancoram em características objetiváveis.

É preciso frisar, ainda, que em seu processo de condução, a investigação qualitativa não encerra, em si, uma neutralidade do pesquisador, uma vez que este está imerso em circunstâncias datadas, historicamente. É uma interação de diálogo entre pesquisador e pesquisado, não neutra. E a construção do conhecimento que resulta disto, fundamenta-se na compreensão e interpretação dada pelo pesquisador, numa construção social de significados. Com isso, não se pretende dizer que os pesquisadores qualitativos fogem do rigor científico, apenas afirma-se que a experiência humana não pode estar limitada a uma análise e descrição por métodos nomotéticos (PESCE; ABREU, 2013).

Ancorado na linha qualitativa, o estudo desenvolve-se, ainda, na perspectiva da Cartografia que, em linhas gerais, é um modo de produção de conhecimento, desenvolvido por Deleuze e Guattari, cuja aplicação se dá em pesquisas de campo, voltadas para o estudo das subjetividades, admitindo o acompanhamento de processos (KASTRUP, 2007).

Há que se destacar, porém, que na Cartografia, o processo é entendido enquanto processualidade. Isso quer dizer que, ao se iniciar uma investigação, cujo foco é um processo de produção de subjetividade, um processo já está em curso. Assim, o cartógrafo começa

pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não só porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas (BARROS; KASTRUP, 2009, p.58).

Além do mais, a pesquisa cartográfica não segue, de forma sequencial e clivada, as etapas de pesquisa (coleta, análise e discussão de resultados), como defendido pela ciência moderna. Assim, os passos se sucedem, mas não se separam. “Cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes. O objeto-processo requer uma pesquisa igualmente processual e a processualidade está presente em todos os momentos” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.59).

Em suma, a cartografia não representa um objeto, acompanha um processo. Também não se estabelece um conjunto de regras a serem seguidas. Uma vez que os processos acompanhados são de produções subjetivas, trabalha-se com pistas que buscam, não desenhar um caminho linear para se chegar a um fim, mas descrever, discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

Assim, sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam a partir do compartilhamento de um território existencial. E isso requer um aprendizado por parte do cartógrafo. Destarte, essa aprendizagem não se dá a partir de técnicas e procedimentos a serem seguidos, mas é construída no próprio processo de pesquisa (ALVAREZ; PASSOS, 2009).

4.2 Local da pesquisa

O estudo se desenvolveu no município de Vitória da Conquista, localizado no sudoeste da Bahia, há 509 km de Salvador, com uma população estimada pelo IBGE, para 2021, de 343.643 habitantes. Sendo a população do último censo (2010), de 306.886 habitantes. Segundo o IBGE, tem uma taxa de escolarização entre 6 e 14 anos de idade, de 96,8% (2010). Quanto Produto Interno Bruto (PIB) per capita, ocupa a 40ª posição na Bahia, que possui 417 municípios (2010). Conta com 58,3% de esgotamento sanitário adequado nos domicílios.

Vitória da Conquista é o 3º maior município da Bahia, sendo cidade de referência em alta complexidade da macrorregião sudoeste de saúde, composta por 74 municípios, segundo informações no site da Secretaria Estadual de Saúde

(SESAB). Possui 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 38 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 23 na zona urbana e 15 na zona rural, o que representa uma porcentagem de 61% de cobertura de ESF. Possui rede hospitalar exclusivamente pública estadual e municipal, hospitais privados e privados conveniados ao SUS, rede de urgência e emergência, policlínica de saúde, rede de atenção psicossocial, centros de reabilitação física, além de centros de referência em diversas áreas, destacando-se o Centro de Referência em Tisiologia e Dermatologia Sanitária (CRTDS), por ser local específico deste estudo.

Segundo dados colhidos in loco, o CRTDS faz atendimento na perspectiva da atenção à saúde, levando em conta a prevenção, o diagnóstico, tratamento e monitorização dos indivíduos com hanseníase do município. É, também, referência para diagnóstico e acompanhamento de pessoas acometidas por tuberculose, como o próprio nome do serviço sugere. O serviço faz, em média, 60 diagnósticos/ano de hanseníase. Funciona como um serviço de porta aberta, atendendo por demanda espontânea ou por encaminhamento de outras unidades da rede de atenção à saúde.

A equipe que atende a população acometida por hanseníase é composta por dermatologista, equipe de enfermagem, fisioterapeuta e farmacêutico. É um serviço municipal, que só atende aos residentes em Vitória da Conquista, de maneira centralizada até o momento. Faz, além das atividades rotineiras de consultas e aplicação do tratamento, atividades educativas de grupo e visitas domiciliares para busca ativa de faltosos e vigilância de contatos. É importante frisar que, no momento dessa pesquisa, por conta da pandemia de COVID-19, todos os trabalhos educativos em grupo estavam suspensos.

O CRTDS é um ambiente que possui uma recepção, sala de espera relativamente ampla, dois consultórios médicos e um de enfermagem (iluminados e ventilados), almoxarifado, sala de procedimentos, copa, farmácia e uma sala de fisioterapia. Tem aparelho de ultrassom, para uso do fisioterapeuta, para avaliação de neurites. Porém, estava com defeito no período da realização da pesquisa. Chamou a atenção uma grande quantidade de materiais educativos impressos no armário dessa sala, empoeirados.

Na recepção há alguns cartazes sobre hanseníase e tuberculose, mas nenhum com imagens explícitas de lesões. Foram retirados após um breve trabalho etnográfico que apontou que tal “publicidade” gerava desconforto nos usuários que

aguardavam atendimento. Que, ao invés de servir para educação em saúde, causavam temor.

O acesso a todos os profissionais é bastante facilitado, podendo, em caso de qualquer necessidade, os usuários comparecerem ao centro de referência, mesmo sem agendamento prévio. Notou-se, em especial por parte da enfermeira do serviço, uma preocupação muito grande em relação aos pacientes, inclusive fazendo encaminhamentos não relacionado à hanseníase, como um encaminhamento formal ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do município, por exemplo.

4.3 Participantes da pesquisa

Os informantes da pesquisa foram os usuários do CRTDS, em diferentes fases de tratamento e levando em consideração algumas variáveis sociodemográficas. Dessa forma, tivemos os seguintes critérios de inclusão:

- Fase do tratamento: usuário no início do tratamento (até 30 dias); usuário entre 30 dias do início até 60 dias antes do término do tratamento; usuário no pós-alta com reação hansênica ou grau de incapacidade II ou que estivessem em retratamento.
- Variáveis sociodemográficas: diferenças de gênero; diferenças de faixa etária (adolescente de 12 a 18 anos; adulto jovem de 19 a 59 anos; idoso acima de 60 anos); diferença de escolaridade (sem escolaridade até ensino fundamental, ensino médio e ensino superior); moradores da zona urbana e rural.

Dos critérios elencados, o único que não foi possível contemplar, foi com relação à escolaridade com nível superior, pois não havia nenhum em tratamento, nesse momento da pesquisa. Segundo a enfermeira do CRTDS, não costuma haver. Ela lembra-se apenas de um usuário nesse perfil, nos últimos anos.

A eleição dos critérios de inclusão, visaram uma heterogeneidade de participantes, de modo a obter uma certa representatividade das principais características dos usuários cadastrados no CRTDS. O único critério de exclusão foi a recusa em participar em qualquer etapa da pesquisa.

Por conta da pandemia de COVID 19, o serviço só estava funcionando no turno matutino. Durante cerca de duas semanas, os usuários cadastrados no serviço foram abordados para solicitação de participação na pesquisa, a partir de indicações da enfermeira, de modo a contemplar os critérios de inclusão do estudo.

Na pesquisa qualitativa, existem alguns critérios que podem ser apreciados a fim de determinar o momento de cessar a captação de novos participantes. Na

pesquisa atual, a amostra foi não probabilística intencional, quando os sujeitos de um grupo predefinido são escolhidos, conforme disponibilidade. E, juntamente com os critérios de inclusão, a disponibilidade foi o item a ser considerado na captação e interrupção desta. Nos pareceu adequado, ainda que a amostra não tenha obedecido critérios estatísticos, uma vez que concordamos com Fontanela, Ricas e Turato (2008), que diz que

quando se trata de questões psicossociais do ser humano, o desempenho de um atributo, mesmo que de maneira superdimensionada por indivíduos típicos quanto a determinado parâmetro em investigação (e, talvez por isso mesmo, especiais candidatos a serem selecionados), revele funções ou características representativas daquele mesmo contexto.

Dessa forma, com base na disponibilidade de indivíduos com características específicas com a finalidade já explanada, o estudo foi realizado com 5 informantes, cuja caracterização está no quadro 1, abaixo:

QUADRO 1: Caracterização dos participantes segundo características sociodemográficas e fases do tratamento, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2021.

INFORMANTE	GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR/ NÚMERO DE CO-HABITANTES	FASE DO TRATAMENTO	LOCALIDADE
1	M	22	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CATÓLICO	AUXILIA A FAMILIA EM COMÉRCIO PEQUENO	ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 3 PESSOAS	RETRATAMENTO (2º ANO)/ GRAU DE INCAPACIDADE II	ZONA URBANA
2	F	17	FUNDAMENTAL EM CURSO	NÃO TEM	ESTUDANTE	ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 9 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANO, INICIADO A MENOS DE 30 DIAS	ZONA URBANA
3	F	67	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	EVANGÉLICA	APOSENTADA/ VENDA DE PRODUÇÃO AGRÍCOLA	ENTRE 2 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 2 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANO, INICADO A MENOS DE 30 DIAS	ZONA RURAL

4	M	67	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICO	APOSENTADO E AMBULANTE	ENTRE 4 E 6 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 5 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANOS, INICIADO HÁ 3 MESES	ZONA URBANA
5	F	42	ALFABETIZAÇÃO	EVANGÉLICA	RECEBE BENEFÍCIO TEMPORÁRIO DO INSS	1 SALÁRIO MÍNIMO/ 1 PESSOA	REAÇÃO HANSÊNICA	ZONA URBANA

Fonte: Pesquisa de campo. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2021.

4.4 Técnica de produção de dados

Para iniciar essa subseção, é importante fazer uma observação. Na perspectiva cartográfica, não se fala em coleta de dados, mas sim numa produção de dados. Essa mudança no termo serve para marcar uma diferença conceitual, “visando nomear, de modo mais claro e literal, práticas de pesquisa que se distinguem daquelas da ciência moderna cognitivista” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 59).

Na escolha das técnicas para a produção dos dados, procurou-se estabelecer consonância com o trabalho do cartógrafo social, que é acompanhar os movimentos, percebendo entre sons e imagens a composição e decomposição dos territórios, o modo e as estratégias utilizadas para a criação de novas paisagens (MAIRESSE; FONSECA, 2002).

Assim, uma das técnicas escolhidas é denominada por sua idealizadora, a antropóloga Jeanne Fravet-Saada, como “ser afetado”. Tal método foi desenvolvido em uma etnografia que realizou, tendo como objeto a feitiçaria. A antropóloga o fez, a partir de críticas à observação participante, acerca da qual advoga que observar ainda guarda um distanciamento do objeto, que é preciso ocupar um lugar no qual o pesquisador seja afetado (FRAVER-SAADA, 2005). O pesquisador no convívio do campo de pesquisa, com o pesquisado, deixa-se afetar pelos afetos em jogo.

Nessa perspectiva, essa vivência com os participantes do estudo, concorda com Barros e Kastrup (2009, p. 61), ao afirmarem que na produção de dados cartográficos, o pesquisador deve “ser afetado por aquilo que os afeta (os informantes) (...) estar no mesmo plano intensivo”.

Assim, entendemos que a natureza dessa pesquisa acolhe essa referência, uma vez que buscou-se, nos encontros de acompanhamento, estar no mesmo plano de intensidade dos participantes, num exercício de alteridade, no qual se dissolve a figura de sujeito e objeto, tal qual ocorre quando o cartógrafo ativa seu “corpo vibrátil” (ROLNIK, 2006). Assim, houve uma coexistência com os participantes no campo de pesquisa, numa coprodução de dados, buscando acompanhá-los ao longo de um determinado tempo.

Esta experiência foi desafiadora. Houve, inicialmente, um grande desconforto em, simplesmente, conversar informalmente, compreender suas diversas vivências e singularidades, seus afetos, a forma como pensavam e o movimento construído por seus desejos. Costumamos fazer pesquisa com um roteiro, ainda que semiestruturado, super focado em objetivos bem definidos, o tempo todo conduzindo o informante a produzir as respostas que, quase cartesianamente (mesmo numa pesquisa qualitativa), buscamos.

Nas primeiras visitas, fiquei um pouco “atordoada”, sem saber se teria material suficiente para produzir um trabalho de investigação. Porque passava horas ouvindo sobre seus gostos culinários, problemas conjugais, dores, alegrias, sonhos, superstições, opiniões políticas, pandemia. O “cartesiano em mim” se angustiava.

Daí, de repente, compreendi que era assim mesmo o trabalho cartográfico. Os afetos que pedem passagem, podem até ter a ver com a minha presença, mas não são por mim determinados. Há uma potência de vida naquelas pessoas, que escapa aos meus anseios. Embora não tenha deixado meus objetivos de lado, pude percebê-los a partir de um contexto muito maior. Assim, pude me tranquilizar em relação aos meus medos iniciais e concordar com Barros e Kastrup (2009, p. 61):

Como cartógrafos, nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escuta, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos (...) essa visitas não procuravam por nada específico, pelo contrário, se faziam numa espécie de atenção concentrada e aberta.

Todo o material produzido nesses encontros, foi transcrito para um diário de campo. Nele constavam questões objetivas, como data e local do encontro, e o relato do que foi produzido na interação, as impressões, o dito em confronto com o observado, os afetos circulantes, entre outros.

Na cartografia, a escrita desses encontros tem grande relevância. Não busca fazer análises objetivas, mas descrever o que foi captado no plano intensivo da força dos afetos. Não é um mero registro de informações, mas um momento quase íntimo do cartógrafo, no qual, a partir da reflexão da vivência para produzir o registro, ele pode explicitar o que, até então, estava num nível pré-refletido. Um processo individual que, por trazer a experiência do encontro de volta, torna-se uma produção coletiva (BARROS; KASTRUP, 2009).

Concordando com essas autoras, posso afirmar que a escrita dos diários, foi uma das responsáveis por trazer mais tranquilidade para as minhas inquietações, já relatadas, sobre a produção de dados. Isto porque, ao reviver a experiência, comecei a fazer inúmeras associações com meu objeto de estudo, as quais não enxergava no momento da vivência.

Em relação aos encontros com meus informantes, preciso dizer que entrei em seus mundos, formei vínculo, ficava lembrando riqueza de suas vivências, me “envolvi” com algumas histórias de vida, fui recebida com sorrisos, alguns se arrumavam para me receber, outros diziam que gostavam do meu “papo” e pediam para eu ficar um pouco mais na hora da despedida, outros se mostravam mais apressados nos encontros. E lá estava eu, sentada em seus sofás, conhecendo suas famílias, acompanhando suas consultas, compartilhando as intimidades dos que, antes, eram meros desconhecidos. Observei afecções e agenciamentos. Afetei e fui afetada. Habitei diferentes territórios. Nunca mais serei a mesma. Como bem escreveu Barros e Kastrup (2009, p. 73): “...a pesquisa se faz em movimento, no acompanhamento de processos que nos tocam, nos transformam e produzem mundos”.

Foi utilizada, ainda, entrevista gravada (APÊNDICE 3). Foi realizada com base em uma questão norteadora, a partir da qual puderam ser exploradas outras questões, com base no que ia sendo revelado pelo entrevistado, de forma aberta e em profundidade. Nesse tipo de entrevista o participante pode se posicionar sobre o tema, sem estar preso, necessariamente, à pergunta (MINAYO, 2010).

Inicialmente, pretendia-se identificar todas as atividades educativas realizadas, bem como os objetivos propostos para cada uma. Porém, como já dito, não havia nenhum grupo em funcionamento. O único que havia antes da pandemia, era um grupo de autocuidado em hanseníase.

Assim, teve que ser excluída a observação dos grupos, ficando, apenas, as individuais, que foram feitas em atendimentos com alguns profissionais – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmácia – e visitas domiciliares previamente agendadas com os informantes. O acompanhamento foi realizado entre março e agosto de 2021. Só depois de alguns encontros, foi realizada a entrevista.

. Como já citado, optou-se por utilizar uma combinação de técnicas de produção de dados. Isto caracteriza, conforme Denzin (2009) e Guion (2011) uma triangulação de dados, no aspecto metodológico, na forma intramétodo, que se caracteriza pela utilização de um único método (o qualitativo), porém lançando mão de técnicas de produção de dados diferentes.

A triangulação de dados, por sua natureza, busca fornecer às pesquisas qualitativas uma estratégia metodológica capaz de trazer maior refinamento dos dados e diversidade de perspectivas sobre o objeto de estudo (FLICK, 2011), além de maior transparência, legitimidade, confiabilidade, metodicidade e fidelidade às evidências (NOBLE, 2015).

A triangulação cumpre este papel por ser realizada de quatro formas, segundo Denzin (2009): triangulação de fontes de dados diversos; de pesquisadores diferentes num mesmo estudo; triangulação de teorias para abordagem do objeto; e triangulação de métodos, como já explicado anteriormente, que é o caso do presente estudo. Guion (2002) acrescenta a estas quatro formas, a triangulação ambiental, ao utilizar diferentes ambientes, horários, dias da semana, estações do ano, etc, a fim de verificar se há influência na produção dos dados, a partir de algum fator ambiental. Desse modo, a presente pesquisa, dados os cenários (serviço de referência e domicílio) em que foram coletados os dados, também se enquadra nesta última forma de triangulação.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados produzidos ao longo do período de acompanhamento, foi realizada a partir da leitura exaustiva de todo o material dos diários de campo, fazendo triangulação com a transcrição das entrevistas. Dessa forma, pretendeu-se estabelecer os tipos de dados oriundo da triangulação, a saber: Convergentes, no qual há uma concordância entre dados coletados por diferentes técnicas e em espaços distintos; complementares, quando estes dados trazem elementos que se distinguem, porém, completam os sentidos ente si; e divergentes, quando os dados

produzidos em um determinado ambiente ou técnica, são inteiramente discordantes entre si (FLICK, 2011).

Aliado a isso, trabalhou-se com a perspectiva cartográfica, o que quer dizer que todo o material obtido nas entrevistas e encontros foi densamente analisado, buscando-se a articulação entre falas, posturas, práticas, percursos. Assim, pôde-se construir uma cartografia reveladora de um mapa rizomático, atentando para as entradas e saídas expressadas pelos sujeitos, por gestos e narrativas, conexões e devires (MARTINS; MACHADO; COLVERO, 2013).

A fim de responder aos objetivos traçados e, ao mesmo tempo, desenhar a cartografia da produção subjetiva da formação de conhecimento sobre a hanseníase, foram utilizados alguns marcadores norteadores da análise, os quais foram: os afetos identificados, os gêneros do conhecimento expressos e as linhas do desejo visualizadas.

Por fim, os dados levantados foram discutidos à luz do referencial teórico e do estado da arte sobre o tema. Para Barros e Kastrup (2009), a análise dos dados, que é feita a partir do que foi produzido no campo, estabelecendo um diálogo com autores que discutem e/ou servem de referência para os dados obtidos, provoca uma multiplicidade de vozes, na qual há um agenciamento coletivo de enunciação, na perspectiva de Deleuze e Guattari (2011b), entre os informantes e os autores de textos teóricos.

4.6 Questões Éticas

O presente estudo integra o Projeto “Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia” (INTEGRADTNs), desenvolvido no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia – UFBA, *Campus Anísio Teixeira*, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número CAAE: 89044418.3.0000.5556. Ocorreu a inclusão do objetivo geral, com informação ao CEP, por meio de emenda, com número de parecer 4.428.373 (ANEXO 1).

Todos as exigências da Resolução 466/12 foram respeitadas, o que incluiu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE 1 - por todos os participantes, antes do início da coleta. No caso do informante

adolescente, sua genitora assinou o TCLE e a mesma assinou um Termo de Assentimento (APÊNDICE 2). Houve a garantia de privacidade e sigilo durante a coleta e no tratamento dos dados, prevenção de possíveis riscos advindos do processo e todos os esclarecimentos necessários.

Como a coleta se deu em contexto de pandemia, outras questões tiveram que ser observadas, como o uso de máscara em todo o tempo, pela pesquisadora e informantes, limpeza de instrumentos (caneta, gravador) e distanciamento físico nas interações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 MANUSCRITO 1: Afetos e afecções na formação do conhecimento sobre hanseníase: contribuições para a prática educativa em saúde

RESUMO: No intuito de trazer reflexões acerca dos fatores que influenciam na formação do conhecimento sobre a hanseníase, de modo a subsidiar processos educativos em saúde, o presente artigo se propõe a fazer uma associação entre o conhecimento formado sobre a hanseníase, enquanto processo subjetivo, com a teoria dos afetos do filósofo Benedictus de Spinoza, utilizando o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento. O objetivo foi apreender os afetos e afecções envolvidos na produção do conhecimento, acerca da hanseníase, pelos sujeitos acometidos. A pesquisa, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, foi realizada em um Centro de referência em Hanseníase de uma cidade de médio porte do Nordeste do Brasil, com 5 informantes cadastrados em tal Centro. Para a produção dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada e um método desenvolvido por Favret-Saada, que denominou “deixar-se afetar”, apropriado à cartografia pretendida. Os dados foram analisados a partir da triangulação de dados e aplicação dos preceitos da Cartografia. Os resultados apontaram a necessidade de incrementar a formação profissional e educação permanente; a importância das tecnologias leves no processo de trabalho em saúde em subsídio às práticas educativas; a necessidade de compreender singularidades, a fim de implementar educação em saúde adequada; a importância das relações estabelecidas pelos acometidos no aumento ou diminuição dos seus potenciais para a ação. A formação de conhecimento sobre hanseníase se dá a partir das múltiplas conexões que o acometido estabelece com diferentes corpos e é um processo no qual ele é afetado e afeta, transformando todos os envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: hanseníase; educação em saúde; cartografia

ABSTRACT: In order to reflect on the factors that influence the formation of knowledge about leprosy, in order to support educational processes in health, this article proposes to make an association between the knowledge formed about leprosy, as a subjective process, with the theory of affections of the philosopher Benedictus de Spinoza, using the cartographic reference of Deleuze and Guattari, as a way of producing knowledge. The objective was to apprehend the affect and affections involved in the production of knowledge about leprosy by the affected subjects. The research, with a qualitative approach, of the exploratory type, was carried out in a reference center for leprosy in a medium-sized city in the northeast of Brazil, with 5 informants registered at that center. For the production of data, a semi-structured interview and a method developed by Favret-Saada, which he called

“letting oneself affected”, appropriate to the intended cartography, were carried out. Data were analyzed from the triangulation of data and application of Cartography precepts. The results pointed to the need to increase professional training and permanent education; the importance of light technologies in the health work process in support of educational practices; the need to understand singularities in order to implement adequate health education; the importance of the relationships established by those affected in the increase or decrease of their potential for action. The formation of knowledge about leprosy takes place from the multiple connections that the affected person establishes with different bodies and is a process in which he is affected and affects, transforming everyone involved.

KEYWORDS: leprosy; Health education; cartography

Introdução

A hanseníase é uma doença sistêmica, infectocontagiosa, com potencial incapacitante, causada pelo *Micobacterium leprae*, também conhecido como bacilo de Hansen transmitida pelas vias aéreas, por meio do contato próximo e prolongado de um suscetível com uma pessoa doente e não tratada. Gera comprometimento dos nervos periféricos e pele, podendo, também, envolver outros órgãos e tecidos como medula óssea, mucosa do trato respiratório alto, vísceras abdominais, linfonodos, músculos, ossos e testículos. O período de incubação pode variar entre cinco e sete anos, podendo chegar a 20 anos (BRASIL, 2017).

Tal agravo, considerado um problema de saúde pública, portanto, com magnitude, transcendência e vulnerabilidade consideráveis, também compõe a lista de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal lista se refere a um grupo diversificado de doenças infecciosas, relacionadas a pobreza e que afetam mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo (WHO, 2015). Nesse *ranking*, o Brasil é considerado o 2º país do mundo, em número de casos, ficando atrás apenas da Índia (BRASIL, 2016).

Tendo em vista a magnitude do problema, o foco da educação em saúde deve ser o de propiciar, a estes indivíduos, o conhecimento necessário para autonomia na quebra da cadeia de transmissão e para a prática do autocuidado, a fim de prevenir a proliferação da doença e evitar complicações e incapacidades

decorrentes. Dessa forma, justifica-se esse estudo na perspectiva de trazer reflexões acerca dos fatores que influenciam na formação do conhecimento sobre a hanseníase, de modo a subsidiar processos educativos em saúde para esses sujeitos.

O presente artigo, que é um recorte da tese de Doutorado intitulada “Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para a educação em saúde”, se propõe a fazer uma associação entre o conhecimento formado, enquanto processo subjetivo, com a teoria dos afetos do filósofo Benedictus de Spinoza, utilizando o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento.

A fim de entender o que é um afeto, na perspectiva desse artigo, alguns outros conceitos são necessários, como, por exemplo, o de corpo. Para Spinoza, o corpo é uma potência em ato, uma força de existir, um conglomerado de partes duras e moles, capazes de se unirem, se regenerarem e atuarem, conjuntamente. Um corpo é capaz de afetar e ser afetado por outros corpos. Esta capacidade produz afecções, que são as transformações decorrentes desse processo. Tais afecções podem aumentar ou diminuir a potência do corpo para a ação. Assim, um afeto é a variação dessa potência de agir, além de ser, também, a ideia dessas afecções. As afecções ocorrem, portanto, a partir de encontros entre os corpos, que resultam em transformações de ambos, produzindo novos afetos. Nesse contexto, existem 3 afetos primários, ou seja, imanentes a todos os corpos, dos quais decorrem todos os demais afetos. São eles: o desejo, a alegria e a tristeza (Spinoza, 2019).

O desejo é a essência do homem, que se esforça para perseverar em seu ser. O homem é movido pelo desejo (SPINOZA, 2019). Deleuze e Guattari (1972), influenciados por Spinoza, defendem que o desejo, formado no inconsciente, se configura em energia produtiva que impulsiona o sujeito na construção da realidade. Um inconsciente que chamam de maquínico, produtor, contrapondo a ideia Freudiana de inconsciente representativo e desejo como falta.

A alegria é uma passagem, uma variação de estado, no qual o homem passa de uma “perfeição” menor para uma “perfeição” maior, para utilizar o termo Spinoziano. Já a tristeza, ao contrário, é a passagem de uma maior “perfeição” para uma menor. Assim, a alegria aumenta o desejo (força produtiva), e a tristeza o

diminui. Em suma, na alegria, a potência de agir do corpo fica aumentada, enquanto que, na tristeza, tal potência diminui (SPINOZA, 2019).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é apreender os afetos e afecções envolvidos na produção do conhecimento, acerca da hanseníase, pelos sujeitos acometidos.

Metodologia

O presente estudo é fruto de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Trata-se, ainda, de uma pesquisa realizada, utilizando a Cartografia como modo de produção de conhecimento. Em linhas gerais, a Cartografia se aplica a pesquisas de campo, cujo foco é o acompanhamento de processos e estudo de subjetividades (KASTRUP, 2007).

O termo Cartografia, cunhado da geografia, remete à reprodução gráfica de territórios físicos, por meio de mapas. Porém, na filosofia de Deleuze e Guattari (2011a), tais territórios não são apenas físicos, mas existenciais, evidenciados nos processos de vida, compondo-se, decompondo-se e recompondo-se no espaço das relações. A cartografia, ainda no contexto filosófico desses autores, é um dos princípios de outro termo botânico, apropriado pelos autores - o rizoma. Este último traz a imagem do pensamento múltiplo, formado por platôs (regiões de multiplicidades e intensidades conectáveis pelo meio), refletindo as intensidades, em conexão, do objeto de estudo. O rizoma pode ser cartografado, pois funciona como um mapa aberto, conectável, desmontável, reversível, sujeito a modificações, preparado por um único indivíduo ou por grupos e formações sociais, com múltiplas entradas.

A pesquisa se desenvolveu em um município de médio porte do interior do Nordeste brasileiro, com 5 informantes, usuários de um Centro de Referência em Hanseníase (CRH). Os critérios de inclusão obedeceram alguns requisitos sociodemográficos e relacionados à fase de tratamento. Desse modo, os sujeitos foram escolhidos considerando níveis de escolaridade diferentes, distribuição de residência entre zona urbana e rural, gêneros distintos, faixas etárias diversas e fases de tratamento que variavam desde a fase inicial até o pós-alta, com alguma necessidade de acompanhamento.

A produção dos dados se fez a partir de duas técnicas distintas: a entrevista gravada e uma outra técnica, denominada por sua idealizadora, a antropóloga Jeanne Fravet-Saada, como “ser afetado”. (FRAVED-SAADA, 2005).

Na perspectiva cartográfica, na vivência com os participantes do estudo, para a produção de dados, o pesquisador deve “ser afetado por aquilo que os afeta (os informantes) (...) estar no mesmo plano intensivo” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.61). Assim, acolheu-se esta referência, como sustentação teórica para a vivência e encontros no campo de pesquisa com os participantes do estudo, no CR e em visitas domiciliares. Tudo foi registrado em diários de campo.

Os informantes foram abordados, segundo os critérios de inclusão, no Centro de referência. Após esclarecidos acerca da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um informante, menor de idade, assinou termo de assentimento, após sua genitora assinar o TCLE. Todas as prerrogativas estabelecidas pela resolução 466/12, que orienta a ética na pesquisa com seres humanos, foram respeitadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética local.

A produção dos dados se deu entre os meses de março e agosto de 2021. Uma vez que ocorreu em período pandêmico de COVID-19, ressalta-se que as medidas de prevenção recomendadas também foram adotadas, como uso de máscara, distanciamento e higienização de mãos e instrumentos com álcool a 70%.

A utilização de técnicas distintas de coleta, dentro de um único método (qualitativo) caracteriza uma triangulação de dados (DENZIN, 2009). Dessa forma, a análise se deu a partir dos dados triangulados e, a partir do referencial cartográfico, no qual buscou-se a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos, construindo a cartografia de um mapa rizomático (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013), tendo como marcador os afetos e afecções produzidas na formação de conhecimento sobre a hanseníase.

Resultados

Os resultados da pesquisa serão explicitados utilizando as narrativas dos encontros com os sujeitos, triangulando-os com as entrevistas e discutindo tais resultados a partir de referenciais teórico-filosóficos e da produção científica sobre os temas suscitados. A fim de preservar o anonimato, os informantes serão chamados por nome de flores e árvore, em referência à botânica, na qual Deleuze e Guattari também se inspiram, metaforicamente.

O primeiro encontro com o informante 1, Jasmin, foi no Centro de Referência (CR). Jasmin tem 22 anos, é morador da zona urbana, ensino médio completo, mora com a mãe e um irmão, católico. Apresentava postura retraída, corpo semiencurvado, quase não olhava nos olhos, porém sorridente e verbalmente interativo. Apresentava mão em garra móvel, como sequela da hanseníase. Está em retratamento, pois os remédios não têm surtido efeito na remissão da doença, estando, inclusive, com uma contagem de bacilos maior do que no início do tratamento. A enfermeira relatou que hipotetizam resistência medicamentosa e que o CR iniciou uma pesquisa para esses casos, que foi interrompida por falta de recursos.

Descobriu a hanseníase há cerca de 2 anos. Começou a sentir dormência nas mãos e apresentar ferimentos em decorrência. Inicialmente, foi ao médico da Unidade de Saúde da Família de seu bairro, mas demorou até que o mesmo o encaminhasse a um dermatologista, a pedido da mãe, por conta das feridas. Foi quando obteve o diagnóstico, tendo sido encaminhado ao CR.

À confirmação do diagnóstico, Jasmim teve medo das possíveis sequelas informadas pelos profissionais do CR. Apesar do medo relatado e de mostrar conhecimento sobre os cuidados com a pele, falando sobre o uso de hidratante e protetor solar, não demonstrou interesse sobre os exercícios com mãos e pés, necessários à prevenção de sequelas. Pareceu pouco informado sobre isso.

A mãe de Jasmim disse, emocionada, certa vez, que sentia culpa por trabalhar muito e seu filho ter contraído a doença, provavelmente de um tio que, inclusive, só souberam do diagnóstico quando Jasmim iniciou o tratamento e havia registro anterior desse parente no CR, ao se fazer o levantamento habitual dos contatos. Porém, agora, segundo o próprio Jasmim, já não sabem quem transmitiu para quem, porque a médica do CR disse a ele que, pelo estado em que chegou no período do diagnóstico, ele já deveria ter contraído o bacilo desde muito novo, talvez ainda criança.

No último encontro, o irmão de Jasmim estava em casa e a mãe mostrou uma mancha em sua testa, com receio de ser hanseníase. Aliás, a mãe é a grande impulsionadora dos processos terapêuticos de Jasmim e mostrou-se preocupada com o outro membro da família também. A partir do que foi aprendendo, Jasmim parece, de igual modo, se preocupar com as pessoas ao seu redor. Na entrevista, produziu algumas falas sobre a importância do diagnóstico precoce ao se examinar

os contatos domiciliares, tendo sido o teor de suas considerações finais, sem nenhuma pergunta a respeito:

Eu acho importante pra ver se tem mais, né? Aí se descobrir mais alguém, mais rápido ajuda, né? (...) Aprendi que a doença ela pega com...demora pra pegar, né? (se referindo ao longo período de incubação (...)) Que quem tiver que ir para o médico pra descobrir, alguém da família com algum sinal que não sinta dor, tem que ir lá no médico pra ver como é. Que custa, né?" (Jasmim)

Inclusive, no dia da entrevista, ele pareceu impactado como a informação de que contraiu há muito tempo, pois ganhou parte de seus discursos no dia, o que não acontecia antes.

Orquídea, a informante 2, é uma adolescente de 17 anos, cursando o fundamental 2 e refere não praticar nenhuma religião. Moradora da zona urbana, divide sua casa, bastante humilde, com mais 8 pessoas. No primeiro encontro, no CR, estava em seu primeiro dia de tratamento farmacológico. Parecia, a princípio, um pouco tímida, com risos recorrentes e balanço de ombros, em postura meio apática, ao receber algumas informações da enfermeira. Pareceu uma postura bem comum a meninas de sua idade, para as quais algumas coisas não são levadas tão a sério. Inclusive, quando a enfermeira explicava os resultados dos exames, falando sobre a presença de algumas bactérias na urina, a sua única preocupação foi se os exames mostraram seu tipo sanguíneo.

O avô foi diagnosticado com hanseníase em 2018, encerrando o tratamento em 2019. Durante a vigilância dos contatos, a jovem tinha uma mancha suspeita. Apesar disso, não voltou ao serviço e nem o serviço fez busca. Voltou em 2021 porque o avô insistiu e ela começou a sentir dormência, dor, formigamento. Quando questionada sobre o porquê de não ter voltado, apesar da mancha suspeita, ela riu e disse que era porque "não sabia de nada, era muito nova na época". A tia disse que a mãe era "desligada" e não encaminhou a filha, como deveria. Na entrevista, relatou: -"Só que aí começou a piorar, minha perna tava dormente, ai começou a parecer mais manchas, ai fiquei preocupada. Aí eu falei: não, vou lá! Aí eu vim" (Orquídea)

A enfermeira relatou, após esse primeiro encontro, que, certo dia, Orquídea apareceu no CR se queixando de uma mancha clara que persistia no rosto, ansiosa pelo desaparecimento da mesma. A enfermeira relatou o receio de, com o desaparecimento da mancha, ela interromper o tratamento, pois parecia ser sua única preocupação. Em encontro posterior com a pesquisadora, confirmou o relato

da enfermeira e se lamentou por não ter ido, ainda em 2018, para avaliação e início do tratamento, pois o mesmo seria por um tempo menor e não teria tantas manchas. Parece, de fato, ser essa sua principal preocupação, até porque, segundo a mesma, não viu nenhuma sequela no avô. O trecho a seguir, da entrevista, corrobora os relatos anteriores:

Pesquisadora: Você teve que fazer alguma adaptação na sua vida por causa da hanseníase? - Orquídea: Usar o protetor que eu não usava não - Pesquisadora: E você usa porquê? - Orquídea: Uai, também pela minha saúde, né, e para não ficar com as manchas depois.

Ela tem um namorado há mais de 1 ano, que precisa ser examinado. Ela o informou sobre essa necessidade, porém relata que acredita que ele não compareça ao serviço, por vergonha, uma vez que ela informou a ele que precisava se despir para fazer o exame, o que o deixaria constrangido.

Margarida, outra participante do estudo, também estava iniciando o tratamento no primeiro encontro da pesquisa e em sua primeira consulta com a médica do CR, pós-diagnóstico. Idosa de 67 anos, evangélica, serena, sorridente e bem-humorada. Mora num sítio na zona rural do município. Tem plantação de Pitayas, que vende para complementar a renda da aposentadoria dela e do esposo, com quem vive.

Como seu genro teve hanseníase há anos, logo suspeitou de ter sido acometida também, ao apresentar uma mancha com alteração de sensibilidade na perna. Procurou um dermatologista, que fez o diagnóstico e encaminhou ao CR. Ao longo dos meses de acompanhamento, seu marido também foi diagnosticado e, em nosso último encontro no CR, ele estava iniciando com as medicações. Este iniciou com manchas no corpo que ela, por experiência própria, afirmou ser hanseníase, tendo procurado o CR para que ele também fosse tratado.

Nesse primeiro dia, foi examinada a fim de definir o tempo de tratamento. Foi feita a inspeção das manchas e a avaliação tátil, térmica e dolorosa. Ela foi solícita e elogiou a paciência da médica. A médica explicou sobre o tratamento farmacológico e disse que a enfermeira ia explicar todo o resto (fica bem concentrado na enfermeira a parte de educação em saúde). Mas respondeu às dúvidas dela, que fez perguntas sobre alergias medicamentosas e sobre a transmissibilidade da doença.

A seguir, foi para sala da enfermeira, a quem também teceu elogios pelas boas explicações que deu. Perdeu um pouco a serenidade, olhou com preocupação para a filha que a acompanhava, ao saber que o tratamento seria de 1 ano. Ao receber os comprimidos da dose supervisionada, tomou-os todos de uma só vez. Nunca relatou a ocorrência de eventos adversos.

Em encontros posteriores, disse com preocupação que nem todos os membros da família tinham sido examinados, embora tentasse encorajá-los, por achar importante o diagnóstico precoce. Na entrevista, afirmou:

falo com eles que deve fazer porque se fazer o tratamento, descobrir antes da doença manifestar, o tratamento é mais fácil e se deixar passar o tratamento é longo e não é bom deixar a doença aparecer. Quando ela manifesta já tá com 5 anos no corpo, então não é bom deixar aparecer, tem que fazer o teste antes. Já conversei com eles e foi dessa forma que eu aprendi aqui também, né? (Margarida)

Sempre falava sobre as sequelas, uma vez que seu genro apresenta até hoje fraqueza muscular e limitações decorrentes da hanseníase. Na entrevista, em acordo com este dado, afirmou:

Tenho medo de sequelas. No início eu falei pra minha filha, eu falei: (nome da filha), eu já estou com 67 anos eu não vou fazer esse tratamento, eu tenho muito medo de tomar remédio e ela disse: Mãe, não pode, a senhora tem que fazer porque se a senhora não fazer, vai vir doenças piores. Aí eu obedeci a voz dela porque foi a esposa do meu genro (o que teve hanseníase com sequelas) que falou pra mim que eu tinha que fazer o tratamento. Ela me mostrou os ´desenho` que podia acontecer, aí eu segui o tratamento (Margarida).

Um outro participante, Carvalho, é um senhor alegre, de 67 anos, católico, residente da zona urbana, mora com sua esposa e dois filhos adultos. Está se tratando de hanseníase há 3 meses. Bastante ativo, apesar de já estar aposentado, trabalha como ambulante. Está sempre acompanhado da esposa, que tem uma enorme influência sobre o mesmo.

Ela é uma mulher bastante assertiva, muitas vezes respondia por ele e traduzia as perguntas que se fazia, às quais ele, muitas vezes, tinha dificuldade de compreender. É também a responsável por lembrá-lo dos remédios, das datas de retorno ao CR e de incentivá-lo fortemente a fazer exames que eram solicitados, pois o mesmo se mostrava resistente a muitos deles. Muito comunicativa, a esposa de Carvalho passou a observar as pessoas por onde vai, alertando conhecidos e desconhecidos ao ver qualquer sinal visível de hanseníase, inclusive já informando sobre o CR.

Carvalho descobriu a doença já numa fase avançada. Não faz ideia de como contraiu, pois afirma nunca ter conhecido ninguém que tivesse e nem sequer ouvido falar em hanseníase. Só procurou um médico porque apresentou muitas ulcerações pelo corpo e não aguentava mais trabalhar por conta disso.

O trabalho e a vida ativa, aliás, parecem ser as grandes motivações de Carvalho. A dificuldade em trabalhar levou Carvalho, sempre resistente a médicos e exames, a procurar auxílio para suas lesões de pele. E é a vontade de continuar ativo a sua grande motivação para o tratamento. Num trecho da entrevista, esse fato é confirmado:

-Pesquisadora :qual a motivação para o senhor seguir o tratamento?"

-Carvalho: "É por causa que nós tem, eu mermo né, posso trabalhar, e se eu não trabalhar, eu vou ficar duro, então tem que ir pra o tratamento, fazer o possível pra sarar.

As lesões iniciais de pele sumiram, porém, ao longo da pesquisa, começou a apresentar dormência de mãos e pés, com dificuldades de mobilidade nos dedos dos pés. Foi orientado de que poderia ser por causa da hanseníase e sobre alguns exercícios de força que poderiam ser realizados.

Posteriormente, relatou que iniciou os exercícios indicados, mas parou porque comprou um material inadequado e não conseguiu realiza-los adequadamente. Fato é que, apesar das limitações de Carvalho e de já ter passado por profissionais do CR, como fisioterapeuta, por exemplo, demonstrou certo desconhecimento sobre o autocuidado a ser praticado para evitar complicações. Além disso, demonstra dificuldades em compreender algumas coisas.

De todas as alterações que fez em sua vida pós diagnóstico, uma significativa foi deixar de beber. Seu estímulo foi a informação de que atrapalharia o tratamento, e como deseja ter saúde para continuar trabalhando, julgou ser uma boa troca. Diz se sentir bem com a exclusão do hábito e sua esposa também, falando que era ponto de conflito entre ambos. Veja a seguir:

-“Pesquisadora: O que o senhor aprendeu que deve fazer pra se cuidar, ficar bem?”

– “Carvalho: Eu tenho que tomar o remédio, né? Procurar não beber ... é só isso.”

Gardênia, a quinta participante, 42 anos, foi ao CR para tomar seu anticoncepcional injetável mensal. Falante e receptiva, passou a contar um pouco de sua história. Mora sozinha num bairro periférico da cidade e é evangélica. Está em tratamento há cerca de 2 anos. Recebeu alta por cura em 2019, após 1 ano de tratamento, mas, cerca de 3 meses depois, apresentou nódulos pelo corpo e dores.

Com diagnóstico de reação hansênica, retornou ao tratamento. Inicialmente, não associou à hanseníase, pois os sintomas foram diferentes.

Gardênia supõe que contraiu hanseníase por volta de 2012, num período em que teve conflitos com a lei e precisou ficar numa instituição prisional. Relata que lá havia uma interna que foi diagnosticada com hanseníase. Em 2015, começou a apresentar manchas na barriga, mas não fez nenhuma associação. Dois anos depois, cursou com dormência nas mãos. Procurou um médico, queixou-se das manchas e tratou como se fosse outra doença de pele. Até que, pela inocuidade do tratamento, procurou um dermatologista, que fez o diagnóstico correto. Gardênia relata que, com sua vivência, já pôde alertar outras pessoas para sinais suspeitos de hanseníase.

Tinha histórico de depressão, tendo sido acompanhada por psiquiatra e psicólogo, após encaminhamento do CR. Disse que havia dias que não sentia vontade nem de sair do quarto.

Ela oscilava entre estar alegre, falante e apresentar falas com conteúdo depressivo. Certo dia, perguntou-se o que havia mudado na vida dela após o diagnóstico. Ela chorou imediatamente. Relatou algumas situações em que familiares pareciam ter receio de se contaminarem, fato que a entristeceu muito, pois já havia instruído à família de que em tratamento, não transmitia. Daí, então, num Natal em que fora convidada a almoçar com a família, disse que não ia. Ao ser questionada dos motivos, resolveu desabafar e dizer como se sentia com situações semelhantes a anteriormente relatadas. Disse que, após isso, houve melhora.

Com relação ao autocuidado, apenas falava sobre o hidratante e protetor solar, fornecidos pelo CR. Quanto a exercícios com olhos, mãos e pés, só mostrava um “abrir e fechar” de dedos que aprendeu a fazer. Mesmo gesto feito por outros informantes dessa pesquisa, mas que não são suficientes enquanto exercícios a serem feitos. Esse padrão de cuidados apenas com a hidratação e proteção solar da pele, foi verificada em todos os informantes.

No último encontro, Gardênia relatou que esteve bastante preocupada, pois seu exame Beta HCG mensal havia dado positivo (toma medicação teratogênica, por isso o beta mensal e o anticoncepcional injetável, fornecido no próprio CR). Repetiu em outro local e deu negativo. Mas achou que a médica se mostrou chateada com a situação. Isso a incomodou, pois disse que toma corretamente o contraceptivo, portanto, não tinha culpa.

Além disso, também se mostrou preocupada com o benefício que recebia, que havia sido suspenso, porque havia se esquecido de tomar as providências necessárias para a renovação. Sua preocupação é ter que depender de outros, pois valoriza muito morar em sua própria casa, com privacidade. Na entrevista, fez relatos relacionados às dificuldades em trabalhar, nas atividades cotidianas: “dificultou no meu trabalho né, que eu não consigo mais fazer o que eu fazia antes (...) eu não sou mais a mesma pessoa que eu era antes, eu saia daqui pra ir na feira de pé, hoje eu não “guento” ir (...)” (Gardênia).

Discussão

Para efeitos introdutórios dessa discussão, que pretende lançar um olhar sobre os diversos encontros/ conexões que os resultados trouxeram, a fim de evidenciar uma cartografia reveladora desse mapa rizomático, demonstrando os afetos e as afecções, um encontro inicial precisa ser assinalado, por ser o ponto de partida para todos os demais a serem analisados, que é o próprio encontro dos acometidos com o bacilo de Hansen.

Essa interação de corpos, resulta no que Deleuze (2002) chamaria de um “mau encontro”. Diz o filósofo, que todo corpo luta para perseverar em seu ser; logo, o bacilo, em si, não é mau, apenas luta por sua sobrevivência ao encontrar organismos propiciadores de sua manutenção biológica. Mas o encontro, este sim, é “mau”. Os corpos dos informantes não se compõem com o corpo do bacilo. Ocorre, então, o aparecimento de lesões dermatoneurológicas e possíveis graus de incapacidade. Situações que têm como consequência uma diminuição da potência, expressas em sentimentos autodepreciativos, medo, tristeza, vergonha, além de dificuldades em realizar atividades rotineiras que, muitas vezes, traziam prazer, além de diminuir a capacidade laborativa, importante do ponto de vista de realização pessoal e material.

Desse modo, a partir da infecção pelo agente etiológico e das transformações/ afecções decorrentes, a cartografia do processo vai demonstrando movimentos de desterritorializações e reterritorializações, a partir das conexões estabelecidas, nas quais novos afetos vão sendo expressos. Um território, na concepção cartográfica, não é meramente geográfico, físico, mas subjetivo e sociológico, um “conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar,

pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.323).

Disso decorre que as mudanças ocasionadas por um diagnóstico médico, o qual trará mudanças cotidianas, com possíveis limitações de várias ordens, fazem com que os indivíduos saiam de uma realidade e entrem em outra, e isto será singular para cada um deles. Assim, para além dos protocolos de tratamento que colocam todos os indivíduos sob uma mesma abordagem, é necessário compreender o que é peculiar a cada um, de modo a singularizar, na medida do possível, o cuidado em saúde.

Enquanto tecnologia do processo de trabalho, o conhecimento técnico-científico, bem como os protocolos terapêuticos para abordagem da hanseníase, se constituem em tecnologias leve-duras (MERHY, 2007). A partir dos resultados, percebe-se uma fragilidade na utilização de tais tecnologias, no que diz respeito à suspeição e diagnóstico da hanseníase, apesar de não ser uma doença nova e ser bastante incidente no Brasil. Assim, espera-se que profissionais generalistas e clínicos estejam aptos, ao menos, para a suspeição do quadro, em especial na atenção básica, que é o nível de atenção que pretende lidar com a maioria dos problemas apresentados pelos indivíduos que estão em seu território de abrangência.

Esses resultados suscitam discussões relativas à formação profissional e à Educação Permanente em Saúde (EPS). Sobre a formação profissional, alguns estudos apontam que, no caso específico da hanseníase, estudantes no final da graduação, se sentem com conhecimentos, apenas, regulares sobre a hanseníase (VIANA; ARAÚJO; PIRES, 2017). Outro estudo traz que a abordagem, na graduação, é mais teórica do que prática (SAVASSI, 2015). Isso acaba por culminar na dificuldade de diagnóstico precoce, por insegurança acerca da suspeição e conclusão diagnóstica (MONTEIRO, 2018).

No segundo caso, aponta-se necessidade de instituição de EPS para profissionais de saúde, em especial da atenção primária, para a prevenção e controle da hanseníase. A EPS se constitui num potencializador do processo de trabalho em saúde, viabilizando ações eficazes na abordagem da hanseníase, desde o diagnóstico até a implementação de ações educativas, favorecendo a quebra da cadeia de transmissão, o autocuidado, a adesão ao tratamento,

consequentemente, prevenindo complicações (KESSLER, 2018); (SAKAE *et al.*, 2018); (COSTA *et al.*, 2019a); (MORAIS; FURTADO, 2018); (COSTA *et al.*, 2019b); (LOZANO, 2019); (ROE, 2016); (MONTEIRO, 2018); (LAURINDO, 2018); (DE SOUZA; LANZA; SOUZA, 2018); (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (LOPES; LANA, 2015); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020); (DE VASCONCELOS *et al.*, 2017); (PALMEIRA *et al.*, 2020). Assim, a EPS, por meio de sua metodologia problematizadora do cotidiano do trabalho, é uma impulsionadora de mudanças no processo de trabalho, de modo a torna-lo mais resolutivo (BRASIL, 2004).

A partir de todo esse contexto, é necessário dizer que, para além da utilização de tecnologias leve-duras e duras, estas últimas expressas nas medicações, exames e procedimentos, que são de suma importância no manejo da hanseníase, precisa-se considerar as tecnologias leves. As mesmas são as tecnologias relacionais, fruto do trabalho vivo em ato, que se faz no espaço intercessor entre profissionais e usuários, no momento exato do encontro, e servem para nortear a utilização das demais tecnologias, além de produzirem acolhimento, vínculo e responsabilização. O fruto do trabalho vivo em ato depende da subjetividade dos envolvidos, no espaço dessa relação (MERHY; FRANCO, 2003); (MERHY, 2007).

O resultado da utilização de tecnologias leves, foi explicitado nos encaminhamentos do CR nos casos de depressão e suspeita de autismo. Assim, por meio do trabalho vivo em ato, foram percebidas necessidades singulares, para além da condição hanseníase, que desencadearam atitudes de resolutividade. Porém, pensando na formação de conhecimento pelo acometido por hanseníase, especificamente na interação com os profissionais de saúde, o uso de tecnologias leves foi subutilizado.

Apesar da afeição e confiança que os informantes mostravam ter pelos profissionais do CR durante a observação, o que facilita o vínculo e a consequente construção compartilhada de conhecimento substancial, foram observadas prescrições de comportamentos relacionadas ao uso de remédios, exames necessários, contracepção, vigilância de contatos e autocuidado - este último de maneira bem sumária - numa escuta com foco evidente nas questões biológicas, operando um poder disciplinar sobre os corpos (FOUCAULT, 2006) no processo de trabalho.

Sobre isso, Foucault (2006) pontua que o poder não é algo que alguém detém, mas está nas relações, distribuído entre as pessoas. A partir do século XVII, já na fase do capitalismo, e com intuito de favorecer a consolidação do Estado Liberal, nasce uma forma de exercício de poder a partir da disciplina do corpo individual. Este corpo, visto como máquina, precisava ser adestrado. Nessa construção de utilidade e docilidade dos corpos, estes deveriam ser moldados e configurados conforme as necessidades sociais. Esta disciplina era feita por meio de uma espécie de multiplicidade organizada (loucos, leprosos, por exemplo), que visava categorizar e disciplinar, individualmente, dentro dessas categorias.

Assim, esse poder disciplinar ou biopoder se manifesta a partir da utilização do conhecimento científico para a prescrição de modos de viver, pelas disciplinas, que ditam como a vida deve ser vivida pelos indivíduos, destacando o conhecimento científico como superior, anulando a subjetividade das pessoas (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE *et.al.*, 2011).

Sobre esse assunto em particular, os resultados corroboram outros estudos que trazem que as práticas educativas direcionadas à hanseníase são, muitas vezes, secundarizadas nos serviços, verticalizadas, centradas no saber médico, com metodologias pouco apropriadas, impositivas, restritas a uma visão reducionista do conceito de saúde e doença, cursando com pouco impacto sobre mudanças no comportamento, na autonomia e na promoção de saúde (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (ASSIS; ARAÚJO-JORGE, 2018); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020).

O processo de trabalho em saúde, que se faz a partir de uma relação, pode e deve transformar tanto o agente quanto o objeto. Nota-se que há, a partir desses encontros, a viabilização de um aprendizado mútuo que, se visualizado e valorizado, podem influenciar na redução da utilização do poder disciplinar. Esse aprendizado mútuo está presente, por exemplo, no caso de Jasmim e sua hipotética resistência medicamentosa, que causa uma potencialização da equipe no empreendimento de pesquisa que busca elucidar questões atípicas durante o processo terapêutico de alguns pacientes, o que pode beneficiar a este e a muitos outros.

Assim, o profissional afeta e é afetado, ambos se transformam e podem habitar novos territórios. Há um devir, que é um fenômeno de “dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.3). O devir é uma transformação a partir das relações.

Constatou-se, ainda, que, mesmo os informantes com algum grau de incapacidade já instalado, tinham pouca potência para executar os exercícios preconizados para olhos, pés e mãos. Isto ocorreu por mostrarem desconhecimento ou pouco conhecimento a respeito, ou ligado à alguma incapacidade de compreensão.

Havia uma adesão unânime relacionada ao uso do protetor solar e hidratação da pele, porém, considerando que recebem esses itens no CR e de que são atividades mais “passivas” do ponto de vista de alterações nas atividades diárias, questiona-se a forma como tem sido vistas pelos acometidos as orientações mais desconfortáveis, que incorporariam introdução de práticas físicas mais ativas.

O autocuidado é uma estratégia imprescindível para evitar a instalação e progressão de complicações. Envolve cuidados com a pele e exercícios de mobilidade e força com olhos, pés e mãos (BRASIL, 2017). Porém, o autocuidado, como o próprio nome sugere, requer a produção de uma autonomia dos indivíduos, numa atitude proativa. Para Freire (2020), não existe educação sem diálogo e compartilhamento de saberes, sem reflexão sobre a realidade, com vistas a transformá-la e gerar autonomia. Dessa forma, se há um processo de educação de fato, é sempre para possibilitar essa autonomia.

Para tanto, todos os recursos necessários precisam ser angariados. Vale ressaltar que o grupo de autocuidado do CR foi interrompido durante a pandemia. Tais grupos de autocuidado em hanseníase são ferramentas importantes de construção de conhecimento coletivo, compartilhamento de experiências que potencializam a ação de outros, solidificação de conhecimento construído por pares e fortalecimento de vínculos de amizade, o que favorece a adesão ao autocuidado (D'AAZEVEDO; FREITAS; NASCIMENTO, 2018); (GOMES, 2019).

Diante da interrupção dos grupos, portanto, maiores se tornaram os desafios dos profissionais para estímulo ao autocuidado. Este, enquanto atitude proativa, perpassa a questão do desejo, enquanto afeto primário, esforço e impulso para a criação da realidade (DELEUZE; GUATTARI, 1972); (SPINOSA, 2019). O rizoma a ser construído nessa relação específica, deve evidenciar essa conexão heterogênea, na qual o saber científico dos profissionais deve fazer sentido aos acometidos por hanseníase para que, desse modo, possa ser deflagrado um processo de subjetivação, que altera o núcleo do desejo dos indivíduos e os impulsiona à ação (FRANCO; MERHY, 2013).

Para tanto, o trabalhador da saúde pode lançar mão das tecnologias leves, em detrimento de uma relação meramente técnica, instrumental, para, assim, possibilitar a ativação do potencial dos usuários, ao despertar nesses o desejo de se cuidar. Isto requer, porém, um desejo do trabalhador, dotado de autogestão, de empreender esse processo (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE et al., 2011).

Todos os informantes parecem ter um conhecimento adequado sobre a importância da vigilância de contatos para a prevenção e controle da doença. Porém, tal conhecimento se mostrou pouco potente para o efetivo cumprimento dessa atividade. Fora as questões operacionais relacionadas às dificuldades do CR em realizar essa busca, alguns contatos, apesar da intervenção dos informantes, não demonstravam proatividade nessa questão, recusando ou adiando a ida ao serviço, seja por desinteresse ou constrangimento, como no caso relatado por Orquídea acerca do seu namorado.

Assim, o que foi dito anteriormente sobre o autocuidado, cabe nessa situação. Perceber as singularidades de cada caso, norteado por tecnologias leves, a fim de entender o que faz com que o contato recuse ou desconheça a necessidade de ser examinado para, a partir disso, acionar as intervenções necessárias, é fator que deve estar no repertório de atitudes da equipe de saúde. Assim, será possível, de fato, compartilhar a responsabilidade terapêutica: o processo é coerentemente disparado pela equipe e a autonomia gerada faz o resto, numa relação de mutualidade.

Nos processos de desterritorialização e reterritorialização, quando os informantes vão habitando realidades distintas, a partir de suas conexões diversas, novos afetos vão sendo expressados. Assim, o “mau encontro” inicial com o bacilo de Hansen não é o único a ser observado. Os novos afetos expressos, quando “alegres”, resultam na composição de corpos (SPINOZA, 2019). Dessa forma, a conexão estabelecida com o conhecimento significativo, com as experiências vividas e outros corpos diversos, são “bons encontros”, que podem aumentar a potência de agir, de modo a prover multiplicação e compartilhamento dos saberes construídos, habilitando outros a buscarem auxílio.

Assim, ficou claro nos resultados, o quanto expandir o próprio potencial pode auxiliar outros acometidos, que ainda não sabem de sua condição, uma vez que, a partir das experiências pessoais, o olhar sobre as manifestações clínicas se amplia e traz a capacidade de alertar outros acerca do assunto, bem como falar da existência

do CR e da disponibilidade do tratamento. Destarte, a comunidade acaba por ser uma aliada na construção da qualidade de vida de outros, aliados no enfrentamento de questões sanitárias importantes. A prática educativa se multiplica e ramifica.

Além desse, outros potenciais podem ser acionados a partir do aprendizado com a própria condição. Os mesmos estão presentes quando há uma resistência a um conceito equivocado, como no caso de Gardênia e sua família, e sua segurança de que quem está em tratamento não transmite, ou no abandono de um hábito, como o do etilismo, no caso de Carvalho, o que, segundo ele mesmo, foi um ganho para si e sua família.

O caso de Carvalho, em especial, traz uma questão importante sobre os processos educativos, vinculados ao que Spinoza (2019) trata a respeito dos afetos. Para ele, um afeto qualquer só pode ser refreado por outro maior. Assim, o hábito de beber de Carvalho, pôde ser refreado, ao ser confrontado com um desejo maior: o de se curar, uma vez que acredita, a partir do que aprendeu, que os remédios não farão efeito associado ao álcool.

Assim, abriu mão de um prazer que ativa apenas uma parte das potências de seu corpo, por ser um prazer transitório, afeto que Spinoza denomina de excitação, por outro, que ativa todo o seu potencial, denominado por Spinoza de afeto de contentamento, traduzido por se curar da hanseníase. Além da diferença entre excitação e contentamento, Spinoza demarca outra diferença similar, falando sobre afeto-paixão e afeto-ação. O primeiro, ainda que ative o potencial, faz padecer. O segundo, dá liberdade e faz agir, de fato (SPINOZA, 2019).

Tal conhecimento é importante às práticas educativas, pois trazem contribuições teóricas para reflexões acerca de como os indivíduos elegem suas prioridades relacionadas à saúde e bem-estar, além de dirimir um preconceito de que tudo o que se julga prejudicial à saúde, não traz ganhos e “alegria”. A partir dessas concepções, o diálogo e a negociação podem ser potencializados entre profissionais e usuários da saúde.

A formação de conhecimento sobre a hanseníase desencadeia uma série de repercussões na rede familiar dos acometidos. Estes compartilham esse aprendizado com os informantes, desde a sua origem, até seus desdobramentos. E há uma potência visível nisso. Está refletido na esposa e na mãe de Carvalho e Jasmim, respectivamente, que são os sustentáculos que dão base e continuidade ao tratamento dos mesmos. Está na assertividade da filha de Margarida, que

impulsiona a mãe a vencer seu medo das medicações e iniciar seu tratamento e, por contraste, também está na demonstração de fragilidade da “mãe desligada” (pontuação da tia) de Orquídea, ao não encaminhar a filha adolescente ao serviço, mesmo com a suspeição da doença. Assim, trabalhar em conjunto com a família, estendendo a esta as orientações sobre o processo terapêutico, é um fator potencializador (GALAN et al., 2016); (LIMA et al., 2018).

É relevante pontuar que cada um, expressando sua singularidade, apresenta uma motivação intrínseca para a continuidade do tratamento. Essas motivações foram traduzidas em continuar ativo, trabalhar, realizar atividades cotidianas às quais estava acostumado, apresentar uma aparência aceitável socialmente, não ficar com sequelas permanentes. Assim, apesar de constituída na relação, esta é sempre uma experiência individual. Não se pode padronizar os motivadores, pois “homens diferentes podem ser afetados diferentemente por um só e mesmo objeto, e um só e mesmo homem pode, em momentos diferentes, ser afetado diferentemente por um só e mesmo objeto (SPINOZA, 2019, p.131). Não se pode padronizar intervenções.

Assim, ao refletir-se sobre o planejamento das atividades educativas, devem ser levados em consideração as percepções singulares, valores, cultura, prioridades, motivações pessoais. Perceber quais intensidades estão presentes, quais os pontos de tensão, as potencialidades que, em conexão, aumentam ou diminuem a potência de agir, agenciando novos modos de viver, devires mais saudáveis.

Considerações finais

Esses pequenos recortes da vida dos informantes, evidenciam mapas cheios de conexões, heterogêneas e múltiplas. Territórios existenciais que vão se constituindo e reconstituindo no espaço das relações. São encontros potentes entre diferentes corpos com diferentes saberes – científico e popular. E de diferentes naturezas – entre pessoas acometidas por hanseníase e informações de diversas fontes e com o próprio agente etiológico. Tais encontros, propiciadores de formação de conhecimento sobre a hanseníase para todos os envolvidos, expressam os mais diferentes afetos, ao produzirem aumento e diminuição de potência em diferentes graus.

Fica claro que a formação do conhecimento não se dá, exclusivamente, pelo contato com o profissional e que o conhecimento sobre hanseníase não é circunscrito ao conhecimento técnico e biologicista da patologia em si. Aprende-se na experiência do vivido e na relação com outros corpos, sejam físicos ou teóricos, trazendo um significado muito pessoal a tais experiências. Aprender sobre hanseníase é aprender, também, a conviver com ela, lidando com limitações e ativando potenciais.

Pensar um processo educativo que cumpra seu propósito transformador requer do profissional muito mais que conhecimento científico sobre a doença. Tal conhecimento é importante, visto a dificuldade de diagnóstico que pode trazer prejuízos aos acometidos. Porém, tanto a formação profissional, quanto a EPS precisam problematizar questões acerca das singularidades subjetivas dos acometidos, visto que o que os torna iguais – a condição de acometido por hanseníase – é facilmente coberta por iniciativas pedagógicas. Desafiador é despertar o profissional para, a despeito de sua sobrecarga de trabalho, sua formação biologicista e cartesiana e seus valores pessoais, abrir-se a uma escuta qualificada, que busque elementos para singularizar a construção compartilhada do conhecimento.

Diante das questões suscitadas, acredita-se que o objetivo do estudo foi alcançado e espera-se, com isso, contribuir para as reflexões sobre o processo de educação em saúde que, longe de apostar num exercício de poder disciplinar sobre os corpos, gere acolhimento e afetos ativos.

Referências

ASSIS, S.S; ARAUJO-JORGE, T.C. O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas?: aportes para a educação em saúde no ensino de ciências. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 24, p. 125-140, 2018.

BARROS, L.P; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. IN: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica - dados - hanseníase. In: transmissíveis. Dvd, editor. Brasília - Distrito Federal: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenise/11298-situacao-epidemiologica-dados>; 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

COSTA, A.K.A.N *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 353-362, 2019. (a)

COSTA, C.R.L *et al.* Limitação de atividade e consciência de risco em clientes acometidos pela hanseníase. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 459-470, 2019. (b)

D'AZEVEDO, S.S.P *et al.* Percepção de pacientes com hanseníase sobre dois grupos de autocuidado. **Rev. doente. UFPE on-line**, p. 1633-1639, 2018.

DE VASCONCELOS, R.L.H *et al.* Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. **Scientia Medica**, v. 27, n. 4, pág. ID27342-ID27342, 2017.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.

DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 1, 2011.

DE ALMEIDA GALAN, N. G *et al.* Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, v. 41, n. 1/2, p. 37-45, 2016.

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. Routledge: London; 2009.

DE SOUZA, RG; LANZA, F.M; SOUZA, R.S. Sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde para a atuação nas ações prevenção e controle da hanseníase: relato de experiência. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 411-415, 2018.

DE VASCONCELOS, R.L.H *et al.* Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. **Scientia Medica**, v. 27, n. 4, pág. ID27342-ID27342, 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, TB; CORVINO, MP; GALAVOTE, HS; LOBATO, E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. IN: RIBEIRO; CDM; FRANCO, TB; SILVA JÚNIOR, AG *et. al.* **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**, v. 1, p. 151-171, 2013.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 73 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2020.

GOMES, N.M.C *et al.* Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996

KESSLER, M *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017389, 2018.

LAURINDO, C.R *et al.* Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 295-301, 2018.

LIMA, M.C.V *et al.* Práticas de autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

- LOPES, F.N; LANA, F.C.F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde [Social participation in leprosy control: a challenge for health services]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 235-240, 2015.
- LOZANO, A.W *et al.* O domicílio como importante fator de transmissão da hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-10, 2019.
- MARTINES, W.R.V; MACHADO, A.L; DE ALMEIDA COLVERO, L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013.
- MERHY, E.E; FRANCO, T.B.. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONTEIRO, L.D *et al.* Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00007818, 2018.
- MORAIS, J.R; FURTADO, E.Z.L. Grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1625-1632, 2018.
- OLIVEIRA, J; MARINUS, M.W.L.C.; MONTEIRO, E.M.L.M. Práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com hanseníase: discursos de profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investindo para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas: terceiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas, 2015**. Organização Mundial da Saúde, 2015.
- PALMEIRA, I.P *et al.* Percepção de pacientes com hanseníase sobre suas necessidades humanas básicas alteradas: indícios para o autocuidado. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 324-329, 2020.
- ROE, C; MAY, L.S. A case of leprosy in Malawi. Making the final push towards eradication: a clinical and public health perspective. **Infectious diseases of poverty**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2016.
- SAKAE, T.M; DE ALMEIDA PESCADOR, M; MAGAJEWSKI, F.R.L.. Análise de tendência histórica da evolução da hanseníase em Santa Catarina no período de 2001-2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 141-158, 2018.
- SAVASSI, LCM, MODENA, CM. Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen Int**, v40, n2: p. 2-16, 2015.

SOUZA, M.F; VANDERLEI, L.M; FRIAS, P.G.. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 817-834, 2017.

SPINOZA, B. **Ética**. 2 ed. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 67-83, 2004.

VIANA, A.C.B; ARAÚJO, F.C; PIRES, A.A. Conhecimento de estudantes de medicina sobre hanseníase em uma região endêmica do Brasil. **Rev. baiana saúde pública**, p. 24-37, 2017.

5.2 Manuscrito 2: Hanseníase, formação de conhecimento e subjetividade: reflexões a partir dos gêneros do conhecimento de Spinoza.

RESUMO: Na perspectiva de trazer reflexões acerca das formas como os acometidos por hanseníase, dentro de seus contextos de vida, constroem conhecimento acerca do seu processo saúde-doença, de modo a perceber o quanto tais singularidades devem estar no repertório de planejamento de práticas educativas, este trabalho tem como objetivo, a partir da ótica dos gêneros de conhecimento de Baruck de Spinoza, compreender a forma como o conhecimento sobre a hanseníase é construído e expressado pelos acometidos. A pesquisa, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, utiliza o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento. Foi realizada em um Centro de referência em Hanseníase de uma cidade de médio porte da Bahia, com um grupo de informantes com características sociodemográficas e fases de tratamento distintos, de modo a ter uma maior representatividade do todo atendido no Centro. Para a produção dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada e um método desenvolvido por Favret-Saada, que denominou “deixar-se afetar”, apropriado à cartografia pretendida. Estes foram analisados a partir da triangulação de dados e aplicação dos pressupostos da Cartografia. Dos resultados emergiram três categorias de discussão: O lugar da experimentação; Crenças, corpo e subjetividade; Formação de ideias adequadas como indutora da organização de encontros, autocuidado e cuidado do outro. Concluiu-se que os gêneros do conhecimento contribuem com as reflexões sobre a prática de educação em saúde e que esta deve ser realizada de modo a tentar reduzir os efeitos da vulnerabilidade, desenvolver-se de modo mais acessível, relacional e considerando as singularidades e toda a rede de conexões na qual está inserida a pessoa acometida por hanseníase.

Palavras-chave: Cartografia; Educação em saúde; Hanseníase; Vulnerabilidade

ABSTRACT: In the perspective of bringing reflections on the ways in which those affected by leprosy, within their life contexts, build knowledge about their health-disease process, in order to realize how much such singularities must be in the planning repertoire of educational practices, this work aims, from the perspective of Baruck de Spinozas genres of knowledge, to understand the way in which knowledge about leprosy is constructed and expressed by those affected. The research, with a qualitative approach, of the exploratory type, uses the cartographic framework of Deleuze and Guattari, as a way of producing knowledge. It was carried out in a reference center for leprosy in a medium-sized city in Bahia, with a group of informants with different sociodemographic characteristics and treatment phases, in order to have a greater representation of the whole serviced at the center. For the production of data, a semi-structured interview and a method developed by Favret-Saada, which he called "letting oneself affected", appropriate to the intended cartography, were carried out. These were analyzed from the triangulation of data and application of Cartography assumptions. Three categories of discussion emerged from the results: The place of experimentation; Beliefs, body and subjectivity; Formation of adequate ideas to induce the organization of meetings, self-care and care for the other. It was concluded that the genres of knowledge contribute to reflections on the practice of health education and that this should be carried out in order to try to reduce the effects of vulnerability, to develop in a more accessible, relational way and considering the singularities and all the network of connections in which the person affected by leprosy is inserted.

Keywords: Cartography; Leprosy; Health education; Vulnerability.

Introdução

A hanseníase, doença sistêmica infectocontagiosa, causada pelo *Micobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen, é uma das 17 doenças que compõem a lista de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). É, portanto, uma doença que se manifesta em contextos de grande vulnerabilidade socioeconômica. As DTN atingem cerca de um bilhão de pessoas em todos os continentes, porém, com pouco investimento de políticas públicas e pesquisa. No Brasil, é bastante prevalente, uma vez que é o segundo país com maior número de casos no mundo (OMS, 2015); (BRASIL, 2017).

Além disso, é uma doença com potencial incapacitante, por causar comprometimento de nervos periféricos, além da pele, medula óssea, mucosa do trato respiratório alto, linfonodos, músculos, vísceras abdominais, testículos e ossos. Transmite-se por vias aéreas, a partir de contato íntimo e prolongado com pessoas não tratadas, com período de incubação longo, de cinco até 20 anos. Assim, o diagnóstico precoce e o autocuidado são imprescindíveis para a prevenção, controle e redução de sequelas da doença (BRASIL, 2017).

Diante disso, a educação em saúde surge como uma forte aliada nos processos que podem gerar tal prevenção, seja primária, secundária ou terciária. Porém, diante dos contextos desfavoráveis nos quais a hanseníase se desenvolve, a educação em saúde precisa, vencer obstáculos relacionados às vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas às quais estão expostos os indivíduos (AYRES *et al.*, 2009).

Destarte, justifica-se esse estudo na perspectiva de trazer reflexões acerca das formas como os acometidos, dentro de seus contextos de vida, são afetados, construindo e expressando conhecimento sobre seu processo saúde-doença, de modo a perceber o quanto tais singularidades devem estar no repertório de planejamento de práticas educativas para tais indivíduos.

Para tanto, o presente artigo, que é um recorte da tese de Doutorado intitulada “Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase”, pretende discutir os dados produzidos, numa perspectiva cartográfica, enquanto modo de produção de conhecimento, termo concebido por Deleuze e Guattari, no livro *Mil Platôs*, publicado, originalmente, em 1980. Além disso, faz reflexões a partir da filosofia de Baruck de Spinoza, no que diz respeito aos gêneros do conhecimento (SPINOZA, 2019).

Spinoza (2019) teoriza acerca de três gêneros de conhecimento. Este trabalho se vale desta teoria, uma vez que pretende refletir sobre a formação de conhecimento que vai se instituindo a partir das relações múltiplas e heterogêneas dos acometidos por hanseníase, produzindo modificações e expressando afetos. Assim, para a compreensão de tal teoria, é necessária a apreensão prévia de alguns conceitos do filósofo, como os conceitos de Deus, corpo e mente.

O filósofo denomina Deus de “natureza naturante”, a Substância constituída por infinitos atributos, que são as suas potências, dos quais só nos é permitido conhecer dois: extensão e pensamento. Portanto, são homólogos os termos

“Natureza”, “Deus” e “Substância”, que é imanente a todas as coisas, pois é causa de si mesmo e de tudo o que existe. As leis da natureza e todos os corpos são efeitos dos atributos infinitos da Substância. Os atributos extensão e pensamento, são a causa dos modos deles decorrentes – as leis da ideia e do movimento, respectivamente (modo infinito imediato) e suas infinitas modificações (modo infinito mediato) que são a causa da mente e do corpo, respectivamente (modos finitos) (SPINOZA, 2019).

Assim, tem-se que, pelas leis da natureza, ideia e movimento sofrem modificações infinitas, que estão expressadas nos modos finitos, que seria a mente e o corpo (todas as mentes e todos os corpos existente, humanos ou não), “natureza naturada”, cuja a essência é infinita (pois procedem da Substância), mas têm existência finita. Assim, há uma ordem de causas e efeitos e uma imanência da Substância (SPINOZA, 2019).

Mente e o corpo se esforçam (o que é traduzido como desejo) para perseverarem em seu ser. O desejo (*connatus*) da mente é produzir ideias adequadas, e o desejo (*connatus*) do corpo, afetar e ser afetado. O desejo é a essência do homem. Desejo, alegria e tristeza são afetos primários, inerentes a todos os corpos. Se, a partir das relações entre os diversos corpos existentes (vivos ou inanimados), a afecção (modificação) produzida, aumentar a potência desses corpos, o afeto expressado é de alegria, o que aumenta o desejo. Se, pelo contrário, são produzidas afecções de diminuição de potência de agir, se expressa um afeto de tristeza, tendo o desejo diminuído ou constrangido. Além disso, o que se passa no corpo, por meio das afecções, é conhecido pela mente (SPINOZA, 2019).

O conhecimento de 1º gênero é o conhecimento das noções universais, dos signos. Nesse gênero, o conhecimento é formado a partir de imagens. Assim, no momento em que o corpo se encontra com outros corpos, a mente cria uma imagem desse outro corpo e passa a conhecê-lo por meio dessa imagem ou da imaginação. Porém, a mente apenas forma a imagem, mas não conhece as causas das afecções produzidas pelo encontro dos corpos, conseqüentemente, a mente forma a ideia de que a causa da alegria ou tristeza decorrentes, está ligada ao corpo com o qual interagiu. Por isso, a imaginação é tida como uma ideia inadequada e os encontros que a propiciam são totalmente fortuitos (SPINOZA, 2019).

Nesse gênero, são produzidos os afetos-paixões, que se traduzem enquanto afetos que nos fazem padecer ao invés de agir e fazem com que amemos ou

odiamos outros corpos (amor e ódio são afetos alegres e tristes, respectivamente) como se estes fossem a causa da alegria ou tristeza experimentada, ao nos encontramos com eles. Daí, deseja-se destruir ou afastar o que causa a tristeza e conservar o que causa alegria (SPINOZA, 2019).

O 2º gênero desvela as noções comuns, quando Deleuze afirma que “Todos os corpos, mesmo aqueles que não se convêm entre si (por exemplo, um veneno e o corpo envenenado), têm algo em comum: extensão, movimento e repouso. É que todos se compõem do ponto de vista do modo infinito mediato” (DELEUZE, 2002, p. 99). Assim, tal gênero do conhecimento envolve a razão e as chamadas noções comuns, ou seja, a ideia de que todos os corpos podem estabelecer conexões entre si.

A mente forma, a partir dos encontros dos corpos, a ideia da composição e decomposição desses corpos, ou seja, quais encontros são benéficos e quais são nocivos, sendo, portanto, capaz de organizar tais encontros, sem associar alegria e tristeza a causas externas, conseqüentemente, amando-as ou odiando-as (SPINOZA, 2019). Conclui-se, portanto, que, ao formar um conhecimento de 2º gênero, os indivíduos passem por um exercício racional, no qual a mente compreende as causas das modificações experimentadas pelo corpo, o que colabora com o gerenciamento mais autônomo de algumas medidas terapêuticas.

Já o 3º gênero do conhecimento, “que chamaremos de ciência intuitiva. Este gênero parte da ideia adequada da essência formal de certos atributos de Deus para chegar ao conhecimento adequado da essência das coisas” (SPINOZA, 2019, p. 81-82). Como Deus/Substância é imanente a todas as coisas, “o terceiro gênero nos vai descobrir a correlação entre a essência de Deus e as essências singulares dos seres reais” (DELEUZE, 2002, p. 101).

Chega-se ao conhecimento de 3º gênero, quando já se tem o conhecimento racional (do 2º gênero). Compreende-se que todos são parte do absoluto, portanto, não se busca alegria no perecível, mas na Substância, que já se ama e se alegra em si (ele é a causa de si próprio e de suas afecções).

Assim, Spinoza (2019, p. 232) afirma que “do terceiro gênero do conhecimento nasce, necessariamente, o amor intelectual de Deus. (...) nasce uma alegria que vem acompanhada da ideia de Deus como sua causa...” E continua, “Deus ama a si mesmo com um amor intelectual infinito” (SPINOZA, 2019, p. 233).

Este amor aqui referido, é um amor de 3º gênero de conhecimento, diferente daquele amor, enquanto afeto-paixão, anteriormente conceituado.

Nesse gênero, a mente de esforço (*connatus*) para conhecer cada vez mais, de forma intuitiva. Passa-se ao conhecimento das essências “como sistema das verdades de essência (às vezes chamado consciência, visto que só aí as ideias se desdobram ou refletem em nós, tais como são em Deus, e nos fazem experimentar que somos eternos” (DELEUZE, 2002, p. 102). Para o autor, é compreender Deus nas coisas, a imanência da “Natureza naturante”.

Para Spinoza, o conhecimento de 3º gênero vai além da universalidade da razão, das noções comuns, e chega a singularidade das coisas, formulando a ideia, chamada de adequada, da essência formal dos atributos conhecidos de Deus/Substância para, a partir desses, conhecer a essência das coisas, considerando a imanência. Inclusive, esta visão proporciona uma máxima satisfação e uma grande potência de agir (uma vez que Deus só age e somos expressão da essência dele).

A ciência intuitiva é a consciência humana acerca da inteligibilidade divina, advinda do fato de ser este um modo finito da essência infinita da Substância. Tal inteligibilidade de Deus se traduz no fato de que este conhece sua própria essência, a causa da mesma (que são seus próprios atributos) e seus modos (efeitos). Portanto, se a essência da natureza naturante está na natureza naturada, e Deus conhece esses aspectos de sua própria essência; logo, o homem também está autorizado a conhecer alguns deles. Assim, o homem tido como virtuoso, conhece a si mesmo e a essência de outros homens, por conhecer os atributos da Substância (RIBEIRO, 2013).

Assim, infere-se que, no 3º gênero do conhecimento, o homem tem consciência da sua potência, enquanto parte da potência infinita da Natureza/Deus/Substância, e da singular expressão desta essência, apesar de ter uma mesma origem. É um alto grau de liberdade (no sentido Spinoziano, que é o de fluir conforme as leis da Natureza), de ação, de uso da razão e da intuição, bem como do movimento em prol do bem comum. Assim, esse conhecimento traz uma forte ação de autopreservação e desdobra-se em preservação do todo, fator importante para o processo saúde-doença.

A partir do que foi exposto acerca da formação do conhecimento, na perspectiva dos três gêneros, o objetivo desse estudo é compreender a forma como

o conhecimento sobre a hanseníase é construído e expressado pelos acometidos, a partir das ideias de Spinoza.

Metodologia

O presente artigo foi elaborado a partir de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Utilizou, como modo de produção de conhecimento, a Cartografia, termo desenvolvido por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1980). Em relação à aplicação da Cartografia em pesquisas de campo, tem-se que se adequa a pesquisas cujo foco é o acompanhamento de processos que envolvam a formação de subjetividade, que é o caso do presente estudo (KASTRUP, 2007).

A ideia desenvolvida em *Mil Platôs*, traz a Cartografia como um princípio do rizoma. O rizoma funciona como uma espécie de mapa, portanto cartografável. Porém, seria um mapa que delinea territórios existenciais, formados a partir das conexões, múltiplas e heterogêneas, evidenciando relações, enunciados (signos), fluxos de intensidade e modificações constantes da realidade, a partir das relações estabelecidas nesse território. O rizoma é dinâmico, comportando-se como um mapa que pode ser preparado por um único indivíduo ou por grupos e formações sociais, com múltiplas entradas. É desmontável, reversível, aberto e sujeito a modificações (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Assim, a pesquisa se propõe a cartografar a realidade na qual estão inseridos os informantes, construída por suas conexões, enunciados e intensidades, que vão trazendo movimento ao território, expressando afetos diversos e singulares, desvelando processos de formação de subjetividade.

Há que se destacar que, na Cartografia, o processo a ser acompanhado é entendido enquanto processualidade. Isso quer dizer que, ao se iniciar uma investigação, um processo já está em curso, com uma história anterior e um território que porta uma “espessura processual”, que “é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.58). Enfim, não se representa um objeto, se acompanha um processo, enquanto realidade em andamento.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Referência (CR) em Hanseníase, que oferta atendimento integral aos usuários cadastrados, do diagnóstico até o pós-alta. Localizado em uma cidade de médio porte do interior da Bahia, atende apenas

ao município, não sendo regionalizado. Conta com uma equipe multiprofissional com médico dermatologista, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico e pessoal de apoio.

Os informantes do estudo foram 5 usuários cadastrados no CR, cujos critérios de inclusão seguiram requisitos sociodemográficos e relativos à fase do tratamento, a fim de obter uma amostra heterogênea sob o ponto de vista de tais requisitos, a saber: diferenças de gênero, escolaridade, local de moradia (zona urbana e rural), faixas etárias (do adolescente ao idoso). Quanto às fases de tratamento, incluiu usuários com menos de 30 dias de início até o pós-alta, com necessidade de continuidade de atenção.

Sobre a coleta de dados, é preciso esclarecer que, em Cartografia, a mesma é entendida como uma produção de dados. Essa mudança no termo serve para marcar uma diferença conceitual, “visando nomear, de modo mais claro e literal, práticas de pesquisa que se distinguem daquelas da ciência moderna cognitivista” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 59).

Para a produção dos dados, foi utilizada uma combinação de duas técnicas distintas. A utilização de técnicas distintas de coleta, porém com um único método (qualitativo) caracteriza uma triangulação de dados (DENZIN, 2009); (GUION, 2011). Ocorreu entre março e agosto de 2021 e deu-se no CR, por ocasião de algum atendimento, e em visitas domiciliares.

Além da entrevista gravada, utilizou-se a técnica denominada por sua idealizadora, a antropóloga Jeanne Fravet-Saada, como “ser afetado”. (FRAVED-SAADA, 2005). Trata-se da vivência, de encontros, com os participantes do estudo, numa perspectiva cartográfica, que sugere que o pesquisador precisa “ser afetado por aquilo que os afeta (os informantes) (...) estar no mesmo plano intensivo” (KASTRUP, 2009, p.61).

Os dados obtidos a partir desses encontros, foram registrados em diários de campo e as entrevistas foram realizadas na última etapa da produção dos dados. A escrita nos diários tem grande relevância, por descrever o que foi captado no plano intensivo da força dos afetos. Trata-se de um momento no qual, a partir da reflexão da vivência para produzir o registro, o cartógrafo pode explicitar o que, até então, estava num nível pré-refletido. Um processo individual que, por trazer a experiência do encontro com os informantes de volta, torna-se uma produção coletiva (BARROS; KASTRUP, 2009).

A análise dos dados produzidos, levou em consideração a triangulação, já apresentada, e o referencial cartográfico, buscando a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos, construindo a cartografia de um mapa rizomático (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013), relacionado à formação e expressão de conhecimentos sobre a hanseníase. Os dados foram discutidos a partir de literatura científica sobre a temática e o referencial teórico-filosófico de Spinoza.

RESULTADOS

O CR fica localizada na região central da cidade, em uma rua movimentada, com uma placa de identificação bem posicionada. Logo na entrada, a primeira visão é da recepção, na qual se vê funcionários atenciosos e solícitos. À esquerda da mesma, tem-se uma sala de espera, relativamente ampla, rodeada por consultórios médico e de enfermagem e farmácia. Há alguns poucos cartazes informativos na parede. Num deles se pode ler “Hanseníase tem cura”. Nenhum deles tem imagens explícitas de lesões hansênicas graves, como se vê em outras unidades de saúde. Mas o relato é de que foram retirados após um breve trabalho etnográfico que apontou que tal “publicidade” gerava desconforto nos usuários que aguardavam atendimento. Ao invés de servir para educação em saúde, causavam temor e tensão.

Nesse cenário, foram estabelecidos os primeiros contatos com os informantes dessa pesquisa, possibilitando ao cartógrafo habitar o mesmo território que eles, co-produzindo a realidade que se buscou acompanhar. Tais personagens serão chamados por nomes de pássaros, a fim de manter o anonimato, o que parece muito adequado, uma vez que se pretende acompanhar seus movimentos ou “voos” no território.

A fim de fornecer uma visão mais ampla sobre os informantes, segue Quadro 1. Após a caracterização, passa-se às narrativas oriundas dos diários de campo e entrevistas.

Quadro 1: Caracterização dos participantes segundo dados sociodemográficos e fase do tratamento

Fonte: Pesquisa de campo, 2021.

INFORMANTE	GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR/ NÚMERO DE CO-HABITANTES	FASE DO TRATAMENTO	LOCALIDADE
Beija-Flor	M	22	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CATÓLICO	AUXILIA A FAMILIA EM COMÉRCIO PEQUENO	ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 3 PESSOAS	RETRATAMENTO (2º ANO)	ZONA URBANA
Bem-te-vi	F	17	FUNDAMENTAL EM CURSO	NÃO TEM	ESTUDANTE	ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 9 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANO, INICIADO A MENOS DE 30 DIAS	ZONA URBANA
Andorinha	F	67	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	EVANGÉLICA	APOSENTADA/ VENDA DE PRODUÇÃO AGRÍCOLA	ENTRE 2 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 2 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANO, INICADO A MENOS DE 30 DIAS	ZONA RURAL
Rouxinol	M	67	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICO	APOSENTADO E AMBULANTE	ENTRE 2 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS/ 5 PESSOAS	TRATAMENTO DE 1 ANOS, INICIADO HÁ 3 MESES	ZONA URBANA
Sabiá	F	42	ALFABETIZADA	EVANGÉLICA	RECEBE BENEFÍCIO TEMPORÁRIO DO INSS	1 SALÁRIO MÍNIMO/ 1 PESSOA	REAÇÃO HANSÊNICA	ZONA URBANA

Fonte: Pesquisa de campo, 2021.

Conforme visto no Quadro 1, são dois participantes do sexo masculino e três do sexo feminino, uma adolescente, dois adultos jovens e dois idosos. Apenas um possui ensino médio completo. Os demais, o fundamental incompleto. Não havia no serviço, único de uma cidade de médio porte a ofertar tratamento para hanseníase, nenhum usuário com nível superior, em tratamento. A enfermeira, que está no serviço há anos, só se lembra de ter havido um, no passado.

Andorinha reside na zona rural, os demais na zona urbana. São todos cristãos, apenas Bem-te-vi refere não praticar nenhuma religião específica. As

rendas familiares variam de um a quatro salários mínimos. Um está em retratamento (hipótese da equipe: resistência medicamentosa), dois iniciaram há menos de 30 dias, um há cerca de três meses, e uma está em tratamento de reação hansênica pós-alta.

Cada informante teve seu próprio percurso de encontro ao diagnóstico de hanseníase. Mas existem similaridades circunscritas ao contato prévio com o tema hanseníase, especificamente, ao conhecerem a possível fonte de infecção, por serem contato familiar/social da mesma. Tal fato fez toda a diferença na precocidade do diagnóstico e no conhecimento acerca da doença, por se constituir numa experimentação ou vivência relativa a isso. São conexões produtoras de afetos.

Bem-te-vi era contato domiciliar do avô, que foi diagnosticado com hanseníase em 2018, encerrando o tratamento em 2019. Durante a vigilância dos contatos, a jovem tinha uma mancha suspeita. Apesar disso, não voltou ao serviço para complementação da investigação. Inclusive, comprou, por conta própria, pomada antifúngica a fim de tratar a mancha que tinha. Já em 2021, o avô insistiu que ela retornasse ao vê-la se queixar de parestesia e dor em membros inferiores.

Com Andorinha ocorre algo similar. Era contato de um genro com tratamento prévio para a hanseníase e, assim que viu as manchas, suspeitou e procurou o CR, fechando o diagnóstico. E, da mesma maneira, suspeitou do diagnóstico do esposo, que veio a se confirmar, pouco tempo depois do dela.

Algo um pouco diferente ocorre com Beija-Flor, Rouxinol e Sabiá que pouco ou quase nada sabiam sobre hanseníase antes do próprio diagnóstico. Os três peregrinaram em atendimentos com médicos clínicos ao aparecimento de sinais de hanseníase, tratando as manchas, nódulos e úlceras com medicações que não surtiam o efeito terapêutico esperado. Sobre a possível fonte de infecção, Beija-Flor só soube mais tarde, ao descobrir que um familiar já havia se tratado no CR, mas não havia comunicado à família; Sabiá associou a uma pessoa que conheceu no sistema prisional, no qual esteve cerca de 3 anos antes de aparecerem as primeiras manchas (só foi diagnosticada 3 anos depois do aparecimento de tais manchas, já com aumento de sintomatologia); e Rouxinol já descobriu a doença em estágio avançado, nunca tendo identificado a fonte de infecção.

As falas a seguir trazem o contexto apresentado, bem como demonstram a produção de conhecimento, num contexto de relações:

“Meu avô falou que ficava dormente também as manchas dele. Então, eu já tinha certeza que era. Aí, eu vim aqui “ (Bem-te-vi)

“Também não sei como peguei, que eu não conhecia ninguém que tinha essa doença” (Rouxinol)

Um fato que chama a atenção é de que, de todos os informantes, Beija-Flor foi o único que, mesmo não tendo uma experiência prévia, já chega ao médico da Unidade de Saúde da Família do seu bairro com uma suspeita, por ele mesmo formulada, de hanseníase. Relatou que, ao perceber as manchas com alteração de sensibilidade e parestesia, foi pesquisar no *google*, o que o levou a fazer uma associação com a hanseníase, como se vê em trecho de sua fala:

“Pesquisei no *google* tipo assim pra saber sobre a doença, aí eu pesquisei e constatei que tinha” (Bem-te-vi).

Disse isso ao profissional que procurou, porém, o mesmo não deu muito crédito, retardando o início do tratamento, por morosidade no encaminhamento adequado.

Os conhecimentos que vão sendo formados, a partir do diagnóstico, seguem uma linha referente, também, a experiências prévias. Rouxinol, por exemplo, assim que foi diagnosticado por um médico dermatologista, achou que tinha câncer, por conta dos nódulos e feridas. Relata que só depois da explicação dos profissionais do CR, para onde foi encaminhado, que entendeu que se tratava de uma outra doença e se disse aliviado. Já Andorinha, ao apresentar o quadro reacional pós-alta, não associou à hanseníase, porque a sintomatologia foi diferente da apresentada no percurso da doença.

“Comecei a sentir muita dor assim no braço e aí apareceu o primeiro nódulo (...) Não achei que era porque antes foi diferente, só mancha e dormência” (Sabiá).

Andorinha refere que ficou surpresa ao saber de todas as complicações que a hanseníase podia trazer, pois só conhecia a que seu genro experimentou e experimenta até hoje, após tratamento, que é uma intensa fraqueza muscular, que limitou muitas das suas atividades cotidianas. Já Bem-te-vi não aparenta receios ou significar a hanseníase como algo grave, mesma experiência do avô, que não teve sequelas, nem complicações. A seguir, um trecho da entrevista de uma das participantes:

“O que eu sabia é que tinha mancha na pele e que ela dava problema nos “nervo” e na pele, só não sabia outros problemas mais profundos, como cegueira, sequelas, essas coisas eu não sabia não” (Andorinha).

As manchas na pele, comum a todos os acometidos, apareceram nos discursos ouvidos no território da pesquisa. Outras manifestações registradas foram nódulos, que evoluíram para ulcerações. Sendo esta, inclusive, a queixa que leva Rouxinol a iniciar seu itinerário até o diagnóstico o que, provavelmente, revela que o mesmo ignorou as manchas que apareceram na fase inicial da doença.

Os participantes carregam essas marcas no próprio corpo. E, a partir de suas relações sociais, os informantes vão construindo concepções sobre tais lesões. Sabiá tinha uma tatuagem em um dos braços, que afirma ter feito para esconder uma mancha que, esteticamente, a incomodava. Sabiá se mostrava sempre muito vaidosa. Tinha várias fotos dela espalhadas pela sala de sua casa. Uma vez mostrou uma em especial, salientando que foi tirada quando encerrou o tratamento, em 2019, e ressaltou, de forma positiva, como estava magra. Depois disso, aumentou bastante seu peso, o que a deixava triste.

Semelhantemente, certo dia, Bem-te-vi relatou seu incômodo com as manchas que tinha. Eram lesões claras e pouco visíveis, uma no rosto e as demais nos membros superiores, porém a mesma relatou que um rapaz na rua perguntou se era “pano branco”, fato que a incomodou. Tal observação, explicitou-se no trecho da entrevista, a seguir:

“-Pesquisador: Mas por que você se preocupa com as manchas? Alguém já te questionou alguma coisa? – Bem-te-vi: Já. O povo fica falando que é pano branco”.

Tais manchas sempre estavam no repertório de preocupações de Bem-te-vi, em contato com profissionais do CR e nos discursos evidenciados na interação do campo.

Apesar desses relatos, outros informantes que apresentaram nódulos e ulcerações não relataram nada semelhante. Um deles, Rouxinol, disse que procurou o médico porque não conseguia mais trabalhar por conta das dores, mas não demonstrou incômodo com tais lesões na interação com os colegas de trabalho.

Além disso, mesmo as feridas já tendo desaparecido, apresentava madarose, sobre a qual nunca fez referência no percurso da pesquisa, e sempre relatou uma vida social bem tranquila. Fazia muita questão de estar entre amigos e colegas, o que era até uma queixa da esposa, pois gostava de vê-lo mais em casa. Certo dia,

emergiu o relato de que bebia muito antes da hanseníase e que parou por conta das medicações, por recomendação médica, e que sua esposa orava muito nesse sentido e a mesma atribuiu à Nossa Senhora o fato de ter se infectado, não como castigo, mas como providência para que parasse de beber.

No geral, não foram observadas a expressão de sentimentos de exclusão pela doença. Apenas Sabiá compartilhou um fato ocorrido em sua família: pegou uma roupa emprestada da irmã e a devolveu lavada e “cheirosa”, como fez questão de frisar. Ao retornar à casa desta, mais tarde no mesmo dia, a roupa havia sido lavada novamente e estava estendida no varal. Se entristeceu muito, sentindo-se alvo de preconceito dentro da própria família.

Ainda sobre questões que possam fazer pensar em sentimentos de exclusão, Andorinha, em seu primeiro dia tratamento medicamentoso, mostrou resistência quando a enfermeira disse que poderia enviar os remédios para que pegasse na unidade básica de saúde próxima à sua residência para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) levasse à sua casa, uma vez que mora na zona rural e isso poderia ser mais confortável para ela.

Num primeiro momento, houve uma suspeita de constrangimento com sua condição de saúde ou querer esconder tal fato, visto que reside numa pequena comunidade rural. Porém, nos demais encontros, foi constatado que Andorinha já havia comunicado à ACS sobre seu diagnóstico e tratamento. E uma vez relatou que, na verdade, não gostava muito das visitas da ACS, pois sentia que atrapalhava suas atividades domésticas, daí preferia se deslocar ao CR. Vale destacar que, apesar de considerada zona rural, é uma comunidade bem próxima do perímetro urbano.

Em seus itinerários, os informantes vão demonstrando uma série de conhecimentos sobre a hanseníase, ou a ela associados, que remontam a conhecimentos populares disseminados ou influenciados por conhecimentos compartilhados por pessoas próximas.

Houveram relatos de eventos adversos de medicações, já orientados pelos profissionais do CR, como dispneia e astenia, sendo associados a contágio de asma e comida hipossódica do domicílio (Bem-te-vi). Dormência nas mãos pelo quadro hansênico, sendo associada ao manuseio de água quente e fria, alternadamente, no trabalho (Sabiá). Uso de óleo culinário para o ressecamento da pele – próprio da hanseníase - visto que a sogra utilizava e o considerava superior a qualquer

hidratante, e ulcerações nas pernas associadas a uma corrente de cachorro que passou pelas mesmas (Rouxinol). Alguns desses eram sendo desconstruídos a partir do contato com os profissionais de saúde e as orientações; já outros, permaneciam.

Além dessas, tiveram muitas outras expressões imaginativas, oriundas de crenças pessoais, que não tinham associação direta com a hanseníase, mas que demonstravam a relevância desse tipo de conhecimento no cotidiano das pessoas.

A formação do conhecimento mais técnico, por parte dos informantes, passa por um processo de aprendizagem mediado por relações gerais. O território da experiência pessoal em tal processo é bastante rico. Isto é muito enfatizado por Sabiá, por exemplo, visto que, à medida que seu quadro vai se modificando, ela vai ampliando seus conhecimentos sobre a doença.

Os participantes relatam fontes como internet, demonstrações práticas de exercícios, orientações verbais dos profissionais do CR.

“Aprendo mais passando pela situação” (Sabiá)

“Aprendi mais foi com o profissional, com certeza” (Bem-te-vi)”

“Eles explicam bem, aprendi muito com a mulher lá, que é (disse o nome da enfermeira) que ensina direitinho lá, passa um passo a passo de cada coisa (...) ela explica lá mais o (disse o nome do técnico de enfermagem)” (Beija-Flor)

“O que eu aprendi mais foi pela *internet* (...) Vi uma entrevista de uma doutora e eu aprendi muito com isso aí” (Andorinha)

Na interação no campo, todos os informantes foram observados fazendo perguntas sobre seu quadro, esclarecendo dúvidas diversas, uns mais e outros menos, mas cada um buscando ferramentas para ampliarem os conhecimentos que julgavam necessários ao manejo de sua situação:

-“O que é mesmo essa reação hansênica?” (Sabiá); - “Vai ficar assim o ano todo? (sobre o escurecimento da pele com o uso da medicação)” (...) “tenho muita alergia e dor no estômago, esses remédios podem interferir em alguma coisa?” (Andorinha); “Pode morrer de hanseníase?” (Rouxinol); - “Será que (nome do namorado) precisa “vim” aqui? (para ser examinado)” (Bem-te-vi)

Aprendizados novos foram sendo formados com relação aos sinais, às sequelas que podiam acometê-los, sobre o longo período de incubação, sobre a associação do tempo de tratamento com a quantidade de manchas, a possibilidade de reinfecção, eventos adversos das medicações, a utilização correta dos

medicamentos, a não transmissão quando se inicia o tratamento, entre outros tantos evidenciados nas entrevistas e observados nos encontros de observação.

“Aprendi que a doença...que ela demora pra aparecer, né” (Beija-Flor)

“Fala que tem três ou é quatro tipos, né...tem aquela que é a leprosa (feridas), tem essa que dá só a mancha e essa que é da minha, tipo assim, só empola e cria nódulos” (Sabiá)

“sabia que dava mancha na pele, não sabia desses problemas mais profundos não” (Andorinha)

“no começo eu não sabia nada (...) agora eu aprendi os sintomas, o que a pessoa sente, o tratamento” (Bem-te-vi)

“Essa menina não foi examinada porque ela morava fora, só convive com a gente agora depois que já tô tratando (referindo-se à neta)” (Rouxinol)

A partir dos encontros no campo, ouviu-se falas relativas ao estímulo a outras pessoas, até desconhecidas, procurarem o CR, por apresentarem sinais semelhantes aos sinais de hanseníase, além de uma marcante sensibilização relacionada à importância de que seus contatos sejam examinados. As falas seguintes emergiram das entrevistas e são relativas ao exame de seus contatos:

“É bom porque, no caso, né, Deus não deixa, mas “vamo” supor que daqui três “ano”, se todo mundo fizer o medicamento antes, aí não aparece” (Rouxinol)

“Eu acho importante né, porque vai que pegou também porque eu convivi junto com eles, né? Porque quando eu descobri o meu, já tava bem avançado mermo” (Sabiá)

“Pra não passar pelas mesmas coisas que eu tô passando” (Bem-te-vi)

“Eu acho importante pra ver se tem mais, né? Se descobrir mais alguém, mais rápido ajuda, né? (Beija-Flor)

“descobrir antes da doença manifestar o tratamento é mais fácil e se deixar passar o tratamento é longo e não é bom deixar a doença aparecer. Quando ela manifesta já tá com 5 anos no corpo” (Andorinha)

Além disso, os participantes demonstravam compreensão mais autônoma em relação a determinados medicamentos cuja dose precisavam variar de acordo com algum sintoma ou reação. Sabiá, por exemplo, se preocupava em tomar apenas a metade de um determinado comprimido, segundo orientação médica, uma vez que a dose inteira lhe causava taquicardia. De igual modo, Sabiá, aumentava a frequência

de ingestão de outro medicamento, também sob orientação médica, a depender do aparecimento ou atenuação de nódulos no organismo.

Em um certo dia, Beija-Flor informou que iria ao CR no dia seguinte, visto que a médica havia reduzido a dose de uma medicação que ele sabia para qual sintoma era. Ao verificar que tal sintoma reapareceu após a diminuição da dose, tomou a iniciativa de ir ao serviço, a fim de ser novamente avaliado. Essa consulta foi observada e a médica reajustou a dose e lhe explicou as questões relacionadas à dose mínima e máxima para seu caso, informação que, certamente, trouxe mais um incremento à sua autonomia.

Relação de autocuidado semelhante foi observada com Bem-te-vi e sua preocupação, sempre manifestada, em relação ao uso do protetor solar, mesmo dentro de casa. Em Sabiá, pode-se destacar sua preocupação em tomar anticoncepcional injetável ofertado pelo CR. Certo dia, em sua casa, lhe foi perguntado o motivo. Ela levantou-se do sofá, foi a outro cômodo e retornou com uma caixa de medicação (Talidomida, medicação reconhecidamente teratogênica), na qual havia uma foto de uma criança com focomelia, e emendou: “Se eu engravidar, a criança nasce assim”.

DISCUSSÃO

Para fins elucidativos dos quesitos constantes no Quadro 1, o tratamento da hanseníase é poliquimioterápico (PQT), com duração entre 6 meses a 1 ano, a depender da classificação clínica da doença. Após esse período, geralmente, o paciente tem alta por cura. Porém, podem ocorrer as chamadas reações hansênicas, maiores responsáveis por lesão de nervo periférico. Se caracterizam pela piora clínica da doença, por reações imunológicas do hospedeiro, em qualquer fase do tratamento ou no pós-alta, necessitando de abordagem medicamentosa (BRASIL, 2017).

As questões sociodemográficas elencadas, assim com as anteriores, servem ao propósito de construir uma maior representatividade de questões individuais que refletem o coletivo das pessoas atendidas no CR.

A discussão dos resultados narrados no tópico anterior, fizeram emergir 3 categorias de discussão, que serão explicitadas a seguir:

O lugar da experimentação

Os resultados referentes ao percurso diagnóstico de cada informante trazem uma importante reflexão sobre o saber das comunidades tidas como leigas. As narrativas demonstram que as pessoas têm potencial para formação de conhecimento que pode se dar de diferentes modos. Além da narrativa de Beija-Flor que, na prática, fez o próprio diagnóstico, subvalorizado pelo profissional que o atendeu, é relevante falar dos informantes que, a partir da relação com seus contatos anteriormente diagnosticados, demonstraram a potência da experimentação, das vivências relacionais na formação de conhecimento.

Sobre a primeira questão posta, cabe uma breve reflexão a partir de Foucault (2006), o qual traz que as massas não precisam dos intelectuais para formarem seus saberes, chegando até a saber mais que estes, porém, há um sistema de poder que age no sentido de invalidar e até proibir tal saber.

Daí, chegamos à questão da construção desse saber, relativo ao diagnóstico da hanseníase e a participação dos informantes em tal questão. Em todos os casos, o encontro com o bacilo, ao provocar alterações no organismo, expresso pelo aparecimento de sinais e sintomas, deflagra uma série de situações que fazem com que os indivíduos disparem um processo de obtenção de diagnóstico e resposta terapêutica que reestabeleça o equilíbrio desse corpo. Assim, a relação hospedeiro-bacilo, tal qual defendido por Spinoza (2019), constitui um encontro de corpos, que produz afecções, resultando em variações de potência.

Mesmo os informantes que não sabiam o que era hanseníase e suas manifestações, sabiam o que seria uma relativa “normalidade”. Ao olhar (no sentido de conexão) os corpos ao redor e conhecerem seus próprios corpos, entendem que manchas, nódulos, dores, entre outros, fogem ao padrão esperado. Inicialmente, apenas num sistema de signos, de noções universais que, a partir dessas análises, nomeiam tudo o que existe. E a mente conhece o que se passa com o corpo, visto que a mente é a ideia do corpo. Porém, considerada uma ideia inadequada, visto que não há a possibilidade aqui, ainda, de entender a causa dessas modificações orgânicas (SPINOZA, 2019).

Mas nota-se que há o desejo, o *conatus*, afeto primário, imanente a todos os corpos, que impulsiona o homem na construção de sua realidade (DELEUZE; GUATTARI, 1972), torna os sujeitos protagonistas de processos de mudança (FRACO; MERHY, 2013) e é o esforço do homem para perseverar em si, sendo o esforço do corpo, afetar e ser afetado, e o da mente, conhecer adequadamente

(SPINOZA, 2019). Assim, a partir do desejo, cada informante, dentro de seus recursos pessoais, vai caminhando rumo ao diagnóstico, produzindo rizomas de conexões, múltiplas e heterogêneas, com profissionais, com os pares, com as informações virtuais, expressando novos afetos (DELEUZE; GUATTARI, 2011), formando conhecimento e disparando o processo terapêutico e de cuidado.

Os informantes que já tinham uma experiência prévia com seus familiares acometidos pela hanseníase, munidos de informações sobre a possibilidade de transmissão e acerca dos sinais da doença, puderam formar uma concepção mais adequada, pelo conhecimento das leis naturais do processo saúde-doença, ainda que não sistematizado nos moldes científicos.

Assim, o que leva o homem a construir um conhecimento de 2º gênero é a experimentação, a reflexão sobre as causas adequadas das afecções. Nesse gênero, ele compreende a ordem comum e necessária da natureza, a concatenação infinita de causas (SPINOZA, 2019).

No final das contas, todos os informantes construíram novos territórios existenciais, a partir dos agenciamentos produzidos pelo desejo, em movimento de mutualidade com as expressões concebidos pelos conhecimentos formados a partir das relações.

Aqui, faz-se um paralelo com o território de Deleuze e Guattari (2011), que não é meramente físico, mas subjetivo e sociológico. Tal território, constituído pelas relações, enquanto agenciamento maquínico de corpos, em movimento mútuo com o regime de signos, expressões e enunciados, produzidos pelo agenciamento coletivo de enunciação. Desse modo, os agenciamentos produziram devires, novos modos de ser, processos de subjetivação, a partir das relações (DELEUZE; PARNET, 1998).

Nesse contexto, falando acerca de mudanças profundas ocasionadas pelas relações intersubjetivas entre os indivíduos e como isso auxilia no processo de promoção de saúde, Ayres *et al.* (2009, p. 141), afirmam que “assumir o caráter inexoravelmente intersubjetivo da construção de nossas identidades pode nos ajudar a conceber novas estratégias e técnicas de atuação”.

Essa ideia, unida ao discutido anteriormente, traz reflexões para a educação em saúde, no sentido de valorizar a experimentação, a intersubjetividade, o saber da população e produzir práticas educativas cada vez mais viabilizadoras de experimentações e copresença, caso pretenda promover, para além dos

incrementos cognitivos, novas subjetividades com potencial de produzir formas mais saudáveis de viver.

Crenças, corpo e subjetividade

Falar sobre aspectos culturais do processo saúde-doença, envolve lançar um olhar sobre as crenças dos indivíduos. Porém, apesar de compor uma das dimensões do processo, ainda é pouco abordada nas discussões a respeito, em detrimento da dimensão econômica (FERNANDEZ, 2014). Todavia, a desconsideração dos aspectos culturais, pode causar distanciamento e dificuldade no estabelecimento de vínculos de confiança (XAVIER; BITAR; ATAÍDE, 2009), tão caro à promoção da saúde.

Tais aspectos culturais traduzidos, aqui, em crenças pessoais, aparecem nos resultados de diversas formas e expressam as relações sociais e familiares dos participantes da pesquisa. Infere-se, portanto, que a cultura é uma forte produtora de conhecimento, ainda que, muitas vezes, possa produzir ideias imaginárias/inadequadas, cuja causa dos efeitos não se conheça (SPINOZA, 2019), mas acredita-se piamente no que se afirma.

Uma ideia inadequada, ou conhecimento de 1º gênero, produz os chamados afetos-paixões, que subjagam. Mas são afetos fortes, visto que a imagem que a mente forma, atribui o aumento de potência do corpo àquele outro corpo (SPINOZA, 2019). Assim, as crenças individuais não são facilmente abandonadas. E, quando nocivas à saúde, se constituem em desafios aos processos educativos.

Conhecer e respeitar as crenças, pode fortalecer o vínculo profissional-usuário e auxiliar no processo de promoção da saúde, quando tais crenças, porventura, interferirem negativamente na saúde dos indivíduos. Aqui reforça-se, porém, a ideia de respeito a tais contextos culturais, a fim de que não se imponha o conhecimento científico como superior, anulando a subjetividades dos indivíduos, emitindo juízo de valor sobre os comportamentos oriundos dessas crenças socioculturais (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE et.al., 2011).

O contexto do parágrafo anterior aponta para o biopoder, que se manifesta a partir da utilização do conhecimento científico para a prescrição de modos de viver, tanto pelas disciplinas, que ditam como a vida deve ser vivida pelos indivíduos, quanto pela biopolítica, que se vale de conhecimentos epidemiológicos, por exemplo, para subsidiar políticas sobre o corpo e sobre os modos de viver. Tais

conceitos, desenvolvidos por Foucault (2006), trazem à tona o paradoxo entre produzir subjetivações e devires mais saudáveis e verticalizar o conhecimento, trazendo imposições, com pouca potência transformadora.

Com relação às manchas provocadas pela hanseníase, chama a atenção o fato de duas informantes se mostrarem desconfortáveis com isso, uma delas chegando a fazer uma tatuagem para escondê-las e a outra, demonstrando preocupação com a visibilidade das mesmas, mostrando ser algo que a preocupa.

É importante frisar que são comportamentos que podem ser associados a estigma. Goffman (1982), clássico estudioso acerca do estigma, centra suas análises no interacionismo simbólico, focado nas interações sociais. Segundo ele, alguns estigmas estão ligados a fatores que são visíveis nos indivíduos. Quando assim é, isto acaba por ser crucial para outra questão apontada por ele, que é o encobrimento. Quando o estigma está ligado a partes do corpo que devem ser escondidas em público, o encobrimento se torna uma condição.

Esta ideia pode ser aplicada à situação aqui discutida, porém, apurando o olhar sobre as narrativas, vê-se que não demonstram estarem ligados ao estigma milenar, de punição e castigo, associado à hanseníase (SAVASSI, 2015). Em ambos os casos, não há discursos religiosos que sustentem a necessidade de esconder as manchas, nem tampouco, especialmente no caso de Bem-te-vi, de associá-la ao quadro hansênico, pois se incomoda de que pensem ser “pano branco”, como a mesma relata.

No caso de Sabiá, por todo o contexto acompanhado e exposto nas narrativas, presume-se associar-se a uma questão meramente estética. Ainda no contexto do discurso religioso, a hanseníase, que causou nódulos e úlceras no corpo de Rouxinol, foi associado por sua esposa à providência de Nossa Senhora para que o mesmo deixasse e beber. Em nenhum momento se fala em castigo.

Fato é, no caso de Bem-te-vi e Sabiá, que são duas mulheres, uma que demonstra em vários momentos preocupar-se com a aparência, e a outra se trata de uma adolescente, fator que parece estar ligado à necessidade de aceitação social. Disto isto, cabe aqui uma reflexão sobre o constructo social acerca do corpo.

A sociedade capitalista e tecnocrata não tolera o corpo “diferente” ou “desviante”, por não expressarem características compatíveis com a produtividade e com os padrões estéticos de beleza e consumo. Dessa forma, a imagem corporal é socialmente construída, e a representação social do corpo ideal, a partir da

sociedade capitalista, ancora-se na beleza padrão, na juventude, na magreza e na saúde (SANTOS; SAWAIA, 2000).

Diante disso, pretende-se problematizar as questões relativas às culturas relacionadas ao corpo e à estética, independente do que causa essas alterações, alargando o debate, inclusive acerca do estigma, amplamente publicizado no contexto da hanseníase.

Nas narrativas de Sabiá, inclusive, aparece o estigma relacionado à própria família, ao lavar novamente roupas por ela utilizadas. Assim, ainda é necessário tratar dessa questão, vista como dificultadora do diagnóstico e prevenção de limitações, ao fazer com que os indivíduos se constringam em procurar ajuda (GALAN, 2016); (SAVASSI, 2015).

A problematização de ideias inadequadas, como superstições, quando necessário, e estigma, para se chegar a um conhecimento racional, ideias adequadas, do ponto de vista Spinoziano, deve ser viabilizada nos processos educativos a partir da construção coletiva do conhecimento, do vínculo, da empatia. Para Franco, Corvino, Galavote *et.al.* (2011), isso ocorre quando a prática de promoção de saúde deixa de operar sob uma lógica instrumental e passa a operar sob uma lógica relacional, propiciando uma prática libertadora do outro, ativando seu potencial, a partir de seu próprio desejo.

Formação de ideias adequadas como indutora de organização de encontros, autocuidado e cuidado do outro

Nessa categoria, a discussão gira em torno do conhecimento que vai se formando ao longo da vivência dos participantes com o próprio diagnóstico. Sendo assim, a experimentação, sobre a qual já se refletiu anteriormente, torna-se crucial na formação do conhecimento racional, segundo gênero do conhecimento.

Infere-se que, tanto quando há uma postura ativa e individual de busca desse conhecimento, ou quando é a partir das informações trocadas com os profissionais, a motivação para a busca ou para a apreensão das informações recebidas, situa-se na própria condição de saúde/doença. Tal experiência pessoal, evidencia o papel do desejo na busca de matéria-prima para a construção de um saber produtor de afetos-ações.

“A nossa mente (...) à medida que tem ideias adequadas, ela necessariamente age; à medida que tem ideias inadequadas, ela necessariamente

padece” (SPINOZA, 2019, p. 99). Assim, no território composto pelos informantes, agenciado por suas relações, experiências diversas, percepções e expressões, o conhecimento vai se formando e se ampliando. E esses aprendizados vão sendo potencializadores de atitudes mais autônomas diante do quadro que apresentam.

Atitude autônomas são produzidas a partir do conhecimento racional, quando a mente forma a ideia da causa adequada das afecções do corpo. Enfim, a causa da variação da potência não é o outro corpo, mas a relação da composição e decomposição de corpos, com base nas “noções comuns, visto que ela exprime o que há de mais comum entre todos os modos existentes, a saber, que eles estão em Deus e são produzidos por Deus” (DELEUZE, 2002, p. 101).

A partir da ideia das noções comuns, entende-se que um corpo pode se conectar a qualquer outro corpo, porém aqui se introduz a ideia de composição e decomposição de corpos, enfim, de encontros que convém e causam afetos alegres e outros que, ao contrário, não convém e diminuem a potência, e em que proporções isso ocorre. A partir disso, o indivíduo passa a organizar seus encontros, de modo que possa desfrutar de uma potência elevada, como resultado.

As ideias aqui contidas, encontram a sustentação no pensamento de Deleuze e Guattari, refletindo a partir de Spinoza:

A razão se define de duas maneiras (...): 1º) um esforço para selecionar e organizar os bons encontros, a saber, os encontros dos modos que se compõem conosco e inspira-nos paixões-alegres (...); 2º) a percepção e compreensão das noções comuns, isto é, das relações que entram nessa composição, de onde se deduzem outras relações (raciocínio) e a partir das quais se experimentam novos sentimentos, desta vez ativos (sentimentos que nascem da razão) (DELEUZE, 2002, p. 100).

Assim, observa-se nas narrativas, a adesão a algumas práticas terapêuticas e algo interessante, como o ajuste de doses dos medicamentos, norteado por sintomas que exacerbam ou involuem, trazendo a noção de composição de corpos e a proporção adequada disto, a fim de que a conexão produza efeitos benéficos e não nocivos, norteado pelo conhecimento formado pelo acometido e a consequente autonomia no gerenciamento das doses e de outras medidas terapêuticas. Logo, “por meio desse poder de ordenar e concatenar corretamente as afecções do corpo, podemos fazer com que não sejamos facilmente afetados por maus afetos” (SPINOZA, 2019, p.220).

Disso provém que, pela experimentação, o indivíduo passa a ser causa adequada das suas afecções, tornando-se ativo no processo de aumento ou

diminuição da potência de agir, gerando, cada vez mais, afetos-ações ao invés de afetos-paixões, nos moldes Spinozianos, o qual defende a ideia de que o homem que age por razão, busca o que lhe causa alegria e convém à sua natureza (SPINOZA, 2019).

Os informantes passam, na perspectiva do conhecimento de 2º gênero, a utilizar a razão que permite a concatenação de causas relacionadas à quebra de cadeia de transmissão, ao autocuidado, à importância de adesão ao regime terapêutico, entre outros.

Logo, tais conhecimentos fazem sentido e são construídos ativamente, portanto, tem maior potencial de incorporação à vida diária e a adesão a boas práticas sanitárias. Spinoza (2019) traduz isso como “virtude”, que é a característica do homem livre, daquele que age por razão e busca o que lhe se compõe com ele e aumenta sua potência de agir, compreendendo a ordem natural das coisas.

Interessante notar, ainda, que essa gama de conhecimentos tem potencial para se desdobrarem, não só em autocuidado, mas cuidado do outro. As narrativas trazem a questão referente a importância dada à vigilância dos contatos e ao alerta sobre a doença e seu enfrentamento às pessoas que vão encontrando pelo caminho, nas relações cotidianas.

Tais situações são estruturadas a partir de saberes racionais formulados. Parecem descortinar um conhecimento que se inicia em um saber racional, mas vai além, visto que vislumbra singularidades e noção acerca da potência que cada corpo possui.

Não há pois ruptura do segundo ao terceiro gênero, mas passagem de uma vertente a outra da ideia de Deus (V.28): passamos para além da razão como faculdade das noções comuns ou sistema das verdades eternas referido à existência, entramos no entendimento intuitivo como sistema das verdades de essência (DELEUZE, 2002, p. 102).

Não se trata apenas de compreender as similaridades e discordâncias, as ordens comuns das coisas; é compreender Deus nas coisas, a imanência da Natureza naturante.

A Natureza dita naturante (como substância e causa) e a Natureza dita naturada (como efeito e modo) estão vinculadas por uma mútua imanência: por um lado, a causa permanece em si mesma para produzir; por outro, o efeito ou o produto permanecem na causa (DELEUZE, 2002, p.94).

Pode-se traçar um paralelo com a compreensão ou as ideias adequadas (claras e distintas) da relação entre tudo que existe. Esta visão traz uma máxima

satisfação e uma grande potência de agir, uma vez que Deus só age e somos expressão da essência dele (SPINOZA, 2019).

Baseado nas ideias Spinozianas, no 3º gênero, o amor (enquanto afeto que aumenta a potência de agir), tem a Substância como causa e, sendo esta imanente à essência do homem, o desejo de autopreservação e autocuidado ocorrem, necessariamente.

Atendo-se à questão exposta pelas narrativas acerca do cuidado do outro, pode-se continuar esse pequeno paralelo com o conhecimento intuitivo de Spinoza. Infere-se, portanto, que a partir do conhecimento intuitivo, o homem percebe-se como parte de um todo e percebe a potência intrínseca que ele e os demais homens possuem, ainda que expressa de formas singulares. E sendo parte de um todo, no qual tudo é imanência, parece uma condição buscar o bem e o equilíbrio não só para si, mas também para os demais.

Para o filósofo, esse é o homem sábio ou virtuoso. Sendo assim, na perspectiva do conhecimento de 3º gênero, Spinoza faz as seguintes colocações: “quanto maior conhecimento de Deus a essência da mente envolver, tanto maior será também o grau com que aquele que busca a virtude desejará, para um outro, um bem que apetece para si próprio” (Spinoza, 2019, p. 179).

Diante disso, as reflexões trazidas para o processo de educação em saúde, dão conta de que este deve propiciar ao indivíduo e seus coletivos o desenvolvimento dessa “virtude”, que se desdobra em liberdade para viver sob as leis da natureza, de forma equilibrada com os outros seres e com o meio ambiente, fator decisivo na quebra da cadeia de transmissão da hanseníase, na autopreservação (*conatus*) e na preservação do outro.

Fazendo um paralelo entre a formação de conhecimento, produtor de ideias adequadas, e o planejamento de práticas educativas voltadas para essa produção em pessoas acometidas por hanseníase, enquanto doença negligenciada e cercada de vulnerabilidades, uma contribuição teórica que parece pertinente é a de Ayres et al. (2009). Os autores concebem a questão da vulnerabilidade sob três componentes: o individual, o social e o programático.

Explica-se que, individualmente, para além da qualidade da informação recebida, as pessoas precisam ter capacidade de elaborá-las, a fim de poderem incorporá-las ao seu repertório de preocupações e práticas. Porém, tal capacidade de elaboração pode ser determinada pelo componente social de vulnerabilidade,

pois essa capacidade não depende exclusivamente do indivíduo, mas de uma série de configurações sociais que incidem sobre o mesmo. Assim, há que se empreender esforços programáticos, que são relativos à qualidade de programas de prevenção, de modo a otimizar os recursos sociais necessários e identificar outros a serem acessados, no sentido de fortalecer o indivíduo diante do enfrentamento de seu processo saúde-doença.

Todavia, tal feito não é algo simples, visto a dificuldade de aperfeiçoamento de programas para as DTN. Isto porque, são chamadas de negligenciadas, justamente por serem “invisíveis” do ponto de vista de investimentos, como reflexo das condições socioeconômicas de boa parte dos acometidos. Vemos, portanto, tratamentos longos, medicamentos com potencial teratogênico e outros eventos adversos, educação permanente não instituída para uma abordagem educativa mais adequada, dentre outros. Doenças invisíveis em populações invisibilizadas por seus contextos socioeconômicos

Considerações Finais

A partir das discussões suscitadas nesse trabalho, infere-se que a teoria dos gêneros do conhecimento de Baruck de Spinoza, é aplicável a especificidades das vivências de pessoas acometidas por hanseníase em seus itinerários de formação de conhecimento.

De igual modo, compreender como se dá a formação e expressão desses conhecimentos nos contextos de vida e cuidado dos participantes, traz reflexões para o planejamento da educação em saúde, no que tange a necessidade de práticas educativas mais acessíveis, visto as vulnerabilidades desse grupo, além de atividades mais relacionais para, a partir do reconhecimento das múltiplas singularidades, empreender uma prática promotora de saúde e qualidade de vida e anuladora das possíveis biopolíticas.

Nesse contexto, sendo a hanseníase uma doença que possui um caráter de vulnerabilidade a ser colocado em evidência e, percebendo-se a importância da formação de ideias adequadas para a qualidade de vida e prevenção, cabe a quem reflete e pratica a educação em saúde, engendrar processos que viabilizem a redução de vulnerabilidades específicas, de modo a disparar a formação de um conhecimento racional e intuitivo.

A problematização da realidade, a experimentação, a exploração das diversas fontes de aprendizagem disponíveis para cada pessoa em seu contexto, são matérias-primas relevantes para que haja a possibilidade de que o conhecimento formado produza afecções de corresponsabilidade, autonomia e senso de autopreservação e preservação do todo. Tudo isso ciente de que processos de subjetivação são complexos e não se fazem com uma ação unilateral de profissionais de saúde, por exemplo, mas a partir de toda a estrutura rizomática que compõe os mapas de vida das pessoas.

Referências

ALAVREZ, J; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. IN: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2009.

BARROS, L.P; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. IN: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.

_____, G; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

_____, Gilles. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

_____, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 1, 2011.

DENZIN, N. **The research act**: a theoretical introduction to sociological methods. London: Routledge, 2009.

FERNANDEZ, J.C.A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 167-179, 2014.

FRANCO, TB; MERHY, EE. O reconhecimento da produção subjetiva do cuidado. **Saúde coletiva**, v. 7, pág. 9-20, 2011.

FRANCO, TB; CORVINO, MP; GALAVOTE, HS; LOBATO, E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. IN: RIBEIRO; CDM; FRANCO, TB; SILVA JÚNIOR, AG *et. al.* **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GALAN, N.G.A *et al.* Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. **Hansen. int**, p. 27-35, 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GUION, L.A .; DIEHL, D.C .; MCDONALD, D. Triangulação: Estabelecendo a validade de estudos qualitativos. **Edis**, v. 2011, n. 8, pág. 3-3, 2011.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, n1, v19, p. 15-22, jan/abr. 2007.

MARTINES, W.R.V; MACHADO, A.L; DE ALMEIDA COLVERO, L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investindo para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas**: terceiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas, 2015 . Organização Mundial da Saúde, 2015.

RIBEIRO, L.L. Ciência intuitiva e beatitude em Spinoza. **Intuitio**, v. 6, n. 1, p. 169-193, 2013.

SANTOS, V.L.C.G; SAWAIA, B.B. A bolsa na mediação " estar ostomizado" -" estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, p. 40-50, 2000.

SAVASSI, LCM; MODENA, CM. Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen Int.**, v40, n 2, p.2-16, 2015.

SPINOZA, B. **Ética**. 2 ed. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

XAVIER, A.T.F.; BITTAR, D.B; ATAÍDE, M.B.C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 18, p. 124-130, 2009.

5.3 Manuscrito 3: Produção de subjetividade, corpo anatomoclínico e corpo afetivo de acometidos por hanseníase: considerações para a educação em saúde

RESUMO: O presente estudo, cujo foco é a produção de subjetividade de pessoas acometidas por hanseníase, teve como objetivo compreender a formação de subjetividade a partir do aprendizado acerca do manejo da hanseníase, enquanto intervenção sobre o corpo dos acometidos. É fruto de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, realizada a partir do referencial cartográfico de Deleuze Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento, a partir da qual se busca mapear territórios existenciais, formados por conexões múltiplas e heterogêneas, captando as intensidades e fluxos estabelecidos pelo desejo. Foi realizada em um Centro de Referência em Hanseníase de uma cidade de médio porte da Bahia, com um grupo de cinco informantes com características sociodemográficas e fases de tratamento distintos, no período de março a agosto de 2021. Para a produção dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada e um método desenvolvido por Favret-Saada, que denominou “deixar-se afetar” pelos afetos em jogo, apropriado à cartografia pretendida. Os dados produzidos foram discutidos a partir da triangulação de dados e pelos pressupostos cartográficos, apreendendo os movimentos do desejo. Dos resultados emergiram duas categorias de discussão: O manejo da hanseníase enquanto intervenção sobre o corpo anatomoclínico e o corpo afetivo e os movimentos do desejo. Concluiu-se que o manejo da hanseníase se dá a partir das intervenções sobre o corpo anatomoclínico, que há uma submissão ao tratamento medicamentoso, mas uma resistência às medidas de autocuidado, revelando o movimento do desejo de um corpo afetivo. Ambos os corpos precisam ser considerados, conjuntamente, nas práticas educativas, enquanto produtora de cuidado, a partir da utilização de tecnologias relacionais.

Palavras-chave: Cartografia; Educação em saúde; Hanseníase; Produção do desejo.

ABSTRACT: This study, which focuses on the production of subjectivity in people affected by leprosy, aimed to understand the formation of subjectivity based on learning about the management of leprosy, as an intervention on the body of those affected. It is the result of field research, with a qualitative approach, carried out from the cartographic reference of Deleuze Guattari, as a mode of knowledge production, from which one seeks to map existential territories, formed by multiple and heterogeneous connections, capturing the intensities and flows established by desire. It was carried out at a Leprosy Reference Center in a medium-sized city in Bahia, with a group of five informants with different sociodemographic characteristics and treatment phases, from March to August 2021. a semi-structured interview and a method developed by Favret-Saada, which he called “letting oneself to be affected” by the affects at stake, appropriate to the intended cartography. The data produced were discussed based on data triangulation and cartographic assumptions, apprehending the movements of desire. From the results, two categories of discussion emerged: The management of leprosy as an intervention on the anatomoclinical body and the affective body and the movements of desire. It was

concluded that the management of leprosy is based on interventions on the anatomoclinical body, that there is a submission to drug treatment, but a resistance to self-care measures, revealing the movement of desire for an affective body. Both bodies need to be considered, together, in educational practices, as a producer of care, based on the use of relational technologies.

Keywords: Cartography; Desire production; Health education; Leprosy.

Introdução

O Brasil é o segundo país do mundo em número de casos de hanseníase, atrás apenas da Índia (BRASIL, 2016). Trata-se de uma doença sistêmica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo de Hansen, que gera comprometimento de nervos periféricos e pele, podendo causar incapacidades físicas. O tratamento inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, a saber: tratamento poliquimioterápico, que varia de seis a 12 meses, a depender da classificação clínica da doença, e medidas educativas para implementação do autocuidado, que inclui cuidados com a pele (hidratação e uso de protetor solar), proteção e exercícios com olhos, mãos e pés (BRASIL, 2017).

A educação em saúde é considerada um fator positivo para a adesão ao tratamento da hanseníase (DE VASCONCELOS et al., 2017); (GOMES, 2019). Contudo, ainda é precária a mudança de comportamento dos indivíduos, após implementação de medidas educativas (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017). Dessa forma, justifica-se a realização desse estudo, uma vez que pretende, a partir de seus resultados, trazer reflexões para o planejamento e implementação de práticas educativas mais efetivas.

Para tanto, analisa os achados a partir de referenciais filosóficos e da literatura científica contemporânea que estabelecem discussões coerentes com tais achados. O estudo é um recorte da tese de Doutorado intitulada “Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para a educação em saúde”

As bases filosóficas nas quais se ancoram as discussões se propõem a apreender os afetos e os movimentos do desejo auferidos no encontro com os participantes no campo de pesquisa. Assim, algumas conceituações são necessárias ao entendimento da abordagem que será realizada.

Na perspectiva da filosofia que será utilizada, segundo o referencial de Spinoza (2019), o corpo é uma potência em ato, um conglomerado de partes duras e moles, capazes de se unirem, se regenerarem e atuarem, conjuntamente. O corpo possui a capacidade afetar e ser afetado por outros corpos, humanos ou não, vivos ou inanimados. Tal capacidade produz as chamadas afecções, que são consideradas transformações decorrentes da relação de afetamento mútuo, resultante do encontro entre os corpos. Tais afecções têm como resultado aumentar ou diminuir a potência de agir dos corpos (SPINOZA, 2019).

Assim, Spinoza (2019), teoriza acerca da existência de três afetos primários, que são assim chamados por serem imanentes a todos, a saber: o desejo, a alegria e a tristeza. O desejo é a essência do homem, que se esforça para perseverar em seu ser. A alegria é tida como o aumento da potência de agir, a partir dos encontros, expandindo o desejo. E a tristeza, a diminuição da potência de agir do corpo, constringendo o desejo. Destes três, nascem todos os demais afetos.

A partir da filosofia da imanência do desejo, Deleuze e Guattari (1972) trazem que o desejo é formado no inconsciente e se constitui em uma força produtiva para a construção da realidade, ou seja, o homem é movido pelo desejo, produzindo subjetividade e criando seu mundo. Assim, o inconsciente, aqui, diz respeito a um inconsciente produtor, uma vez que o desejo é impulsionador e não fruto de uma falta, como tido na teoria freudiana.

Destarte, o ser humano, os grupos e a sociedade se constituem de linhas de planejamento, experimentação e de novos modos de viver, às quais são tecidas a partir dos movimentos do desejo, produzindo realidades inscritas em territórios, cujos movimentos são realizados por agenciamentos. Tais agenciamentos são viabilizados nas relações, compondo o chamado plano comum de imanência, no qual um corpo pode se compor com qualquer outro, produzindo afecções e afetos (DELEUZE; GUATTARI, 2012a).

O território supracitado, na filosofia de Deleuze e Guattari, é considerado um território não apenas geográfico, mas subjetivo e sociológico também. Se constitui dos movimentos mútuos de agenciamentos maquínicos, oriundos da mistura dos corpos, e dos agenciamentos coletivos de enunciação, produto de um regime de compartilhamento de signos, linguagem e símbolos. Esse movimento mútuo, produzido pelo desejo, desencadeia processos de desterritorialização e

reterritorialização, a partir dos quais realidades são desfeitas e novas realidades são construídas (GUATTARI; ROLNIK, 1998); (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

Assim, uma vez que este estudo objetiva compreender a formação de subjetividade a partir do aprendizado acerca do manejo da hanseníase, enquanto intervenção sobre o corpo dos acometidos, considera-se relevante a compreensão das bases filosóficas mencionadas, pois pretende atingir tal objetivo apreendendo os agenciamentos produzidos pelo desejo, nas conexões estabelecidas pelos participantes.

Metodologia

O estudo aqui apresentado ancora-se numa abordagem qualitativa, do tipo exploratória. E, por se tratar de uma pesquisa de campo, cuja centralidade da investigação encontra-se nos afetos expressados a partir das relações múltiplas e heterogêneas dos participantes, bem como a subjetividade que vai se produzindo nesse processo, optou-se pela Cartografia, como modo de captar os fluxos e as intensidades contidas nessas relações.

A Cartografia é uma proposta metodológica, uma postura, muito mais do que um método rígido, fechado, uma vez que na Cartografia, “não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*.” (KASTRUP, 2007, p. 15). Busca mapear territórios existenciais, realidades constituídas por fluxos de intensidade nas conexões entre indivíduos, grupos ou formações sociais. Tais realidades se comportam como um mapa aberto, conectável, desmontável, reversível, sujeito a modificações (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

A Cartografia, portanto, busca mapear um rizoma, sendo, também, um de seus princípios. O rizoma é um termo filosófico que busca trazer uma imagem do pensamento múltiplo, sendo formado por platôs, que são regiões de multiplicidades em conexão, por isso, uma das principais características da cartografia é a reflexão das intensidades do objeto de estudo que só são percebidas pelo sujeito na relação.

Possui seis princípios: O primeiro deles é a conexão, que imputa ao rizoma a capacidade de conectar qualquer um de seus pontos a outros pontos, desenvolvendo-se em qualquer direção. No segundo, a heterogeneidade, está contida a ideia de que cadeias biológicas, políticas, econômicas, culturais, entre outras, são conectadas a modos de codificação diversas. Assim, fala das conexões

heterogêneas, com o diferente, na diversidade das relações de poder e sistemas sociais produtores de alterações nas subjetividades. Outro princípio, o da multiplicidade, contém a ideia de que não há como falar em sujeito e objeto separadamente, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mudem de direção. Seriam os agenciamentos, enquanto produção social, a partir da multiplicidade de conexões. A ruptura a-significante, quarto princípio, traz que o rizoma pode ser rompido em qualquer um de seus pontos, porém, retoma sua forma segundo uma ou outra de suas linhas, podendo, dessa forma, abrir linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 2011a); (CARVALHO; FRANCO, 2015).

Segundo o princípio rizomático da cartografia, o rizoma funciona como um mapa aberto, conectável, desmontável, reversível, sujeito a modificações. O princípio de decalcomania, apesar da nomenclatura, não se trata de um decalque no sentido de copiar o original. “O que o decalque reproduz do mapa ou do rizoma são somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação” (DELEUZE, GUATTARI, 2011a, p 32). Portanto, no decalcamento da estrutura rizomática, pode-se perceber que a estrutura e o padrão da realidade surgem da interação com esta realidade.

Cabe ao cartógrafo, nesse contexto, dar língua aos afetos que pedem passagem, instrumentalizado pelo seu “corpo vibrátil”, que “nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob forma de sensações” (ROLNIK, 2006, p. 12). Segundo essa autora, é um exercício de apreensão de alteridade, que faz com que se dissolva a figura de sujeito e objeto e faz com que o outro se integre à nossa textura sensível, tornando-se parte de nós mesmos.

A pesquisa se desenvolveu em um município de médio porte do estado da Bahia, em um Centro de Referência em Hanseníase (CRH), com cinco usuários cadastrados, em tratamento. De modo a constituir uma amostra que representasse o perfil de usuários atendidos no CRH, os informantes foram incluídos segundo critérios de heterogeneidade de gênero, faixa etária, nível de escolaridade e fases de tratamento

Os dados foram produzidos a partir de entrevista gravada e um referencial de Favret-Saada, que a autora chama de “ser afetado” pelos afetos em jogo (FRAVED-SAADA, 2005). Trata-se de um método que a antropóloga desenvolveu, em crítica à

observação participante, salientando que observar e participar ainda guardam uma certa distância dos afetos em jogo. Desse modo o pesquisador convive no mesmo plano de intensidade que seus participantes. O que os guiará serão os afetos em jogo, proporcionando, assim, um mapa intensivo de afetos. Todos os encontros foram sendo registrados em diários de campo e a entrevista foi gravada.

Os participantes foram abordados no CRH e os que aceitavam participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um informante, menor de idade, assinou termo de assentimento e sua genitora assinou o TCLE. Além desta, todas as demais prerrogativas estabelecidas pela resolução 466/12, que orienta a ética na pesquisa com seres humanos, foi respeitada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética local.

Os dados foram produzidos entre os meses de março a agosto de 2021, respeitando todas as medidas de prevenção recomendadas, visto o período pandêmico de COVID-19 no período em questão. Os encontros com os participantes deram-se no CRH durante atendimento com a médica, enfermeira, técnico de enfermagem e farmácia. E, também, em visitas domiciliares. A utilização de métodos distintos de coleta (produção), porém, com um único método de pesquisa (qualitativa), caracteriza uma triangulação de dados (DENZIN, 2009).

A análise se deu a partir dos dados triangulados, partindo de uma perspectiva cartográfica, de mapear a paisagem psicossocial formada a partir das relações dos participantes, dos afetos decorrentes, das intensidades, pontos de tensão, dos desejos e novas formas de viver.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Os participantes do estudo, como já dito, foram selecionados com base em diferenças sociodemográficas e de fases de tratamento, buscando obter certa representatividade dos usuários atendidos no CRH. Com a finalidade de manter o anonimato, serão chamados por nomes fictícios, nomes de escritores brasileiros, fazendo um paralelo com as cartografias que nos apresentam em suas obras, com tanto poder de nos afetar, ainda que fictícias.

Dos cinco participantes, dois são do gênero masculino (Machado e Jorge) e três, são do feminino (Clarice, Cora e Cecília). A maioria tem fundamental

incompleto, sendo que Clarice está em curso. Jorge tem ensino médio completo. As rendas familiares variam entre um e quatro salários mínimos.

Todos os participantes tiveram, inicialmente, prescrição de 1 ano de tratamento poliquimioterápico para hanseníase. No momento inicial da pesquisa, Clarice, de 17 anos, estava no primeiro dia de tratamento medicamentoso, assim como Cora, de 67 anos. Machado, 67 anos, havia começado o tratamento há cerca de 3 meses. Jorge, 22 anos, e Cecília, 42 anos, já haviam passado de 1 ano de tratamento.

Cartografia dos participantes

A hanseníase determinou algumas mudanças no corpo e na vida do jovem e sorridente Jorge. Após o diagnóstico, Jorge passou a tomar medicações todos os dias, experimentar dores, caroços e pústulas pelo corpo, fraqueza muscular, uma discreta garra móvel nas mãos e alguns obstáculos aos seus projetos pessoais. Disse que, assim que fora diagnosticado, se surpreendeu em saber que poderia ficar com sequelas, pois não sabia disso e que isso lhe causava medo.

Fez 1 ano de tratamento, como prescrito, porém, seu estado clínico e seus exames laboratoriais determinaram que não houve a resposta terapêutica esperada. Mais 1 ano pela frente, mais sintomas, mais limitações físicas. Gostava de capinar as graminhas que nasciam no quintal, mas não pôde mais, porque a diminuição da sensibilidade nas mãos, faziam com que se ferisse sem sentir.

Jorge tem suspeita de grau leve de autismo e o CRH está fazendo os encaminhamentos para acompanhamento dessa condição. Apesar dessa somatória de situações, sonha ser professor e faz cursos profissionalizantes. O último que vai iniciar agora é de administração, como relatou, orgulhoso, à pesquisadora. Está, junto com sua genitora, buscando auxílio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), por não conseguir trabalhar. Mas ainda ajuda sua mãe num pequeno comércio de frangos assados que esta tem, única fonte de renda da família de três pessoas. Outro dia, fazendo a limpeza do local, caiu duas vezes seguidas. Disse que escorregou, mas talvez tenha sido por fraqueza nas pernas, como suspeita sua mãe.

Toma os remédios disciplinadamente, segundo ele, porque quer “ficar bom”. Precisou aprender, com a mediação da médica do CRH, a ajustar as doses do corticoide, porque os nódulos dolorosos pelo corpo, aparecem e somem, a depender

da quantidade de medicação ingerida. Uma vez ao mês vai ao CRH para a dose supervisionada da medicação, fora quando necessita de alguma consulta médica por exacerbação de algum sintoma.

Como apresenta sinais de incapacidade física, como mão em garra móvel, a pesquisadora ensinou alguns exercícios com as mãos, importantes na contenção da progressão da incapacidade. Ele prestou bastante atenção, simulou alguns no momento. Como ele havia dito que aprendia muito na *internet*, ela sugeriu que pesquisasse vídeos que ensinavam a execução de tais exercícios. Na visita seguinte, ao ser questionado sobre a pesquisa, afirmou: “Não fiz mais porque achei que você não voltaria”. Na entrevista, relatou: “É que a médica passou uns exercícios pra fazer, aí eu fiz só uma semana só, aí era pra fazer direto, mas eu não fiz não, foi a preguiça mesmo”.

A segunda informante, Clarice, no ápice da vitalidade adolescente, foi diagnosticada com hanseníase. Provavelmente, contraiu do avô, tratado anos antes. O primeiro sinal foram manchas hipocoradas. Mesmo com a orientação do CRH para comparecer e ser melhor examinada, não retornou. Só comprou remédio tópico para fungos. Mas, depois, ao apresentar aumento na quantidade de manchas e formigamento em mãos e pés, resolveu voltar ao CRH, quando foi diagnosticada.

Em seu primeiro dia de tratamento medicamentoso, recebeu da enfermeira uma grande quantidade de informações e prescrições acerca dos horários das medicações, dos retornos ao CRH, da vigilância de contatos, dos eventos adversos da medicação, do uso de protetor solar em tempo integral e hidratação da pele. Suspirou ao saber que seriam tomados por um ano. Ao final das explicações, recebeu uma quantidade de comprimidos em suas mãos, que deveria tomar na frente da profissional, mensalmente. Levantou as sobrancelhas, meio espantada, ao ver a quantidade de remédios e, novamente, suspirou antes de ingeri-los de dois em dois. Na entrevista, frisa os aprendizados e a adesão: “no começo não sabia nada (...) agora aprendi os sintomas, o que a pessoa sente, o tratamento...” (...) “faço tudo direitinho”.

Clarice segue à risca o tratamento medicamentoso e o uso do hidratante e do protetor solar, porque afirma querer a regressão das manchas que ainda apresenta. Mas se mostra resistente a algumas situações. Por exemplo, apresentou dispneia a pequenos esforços. Foi orientada quanto a este possível efeito colateral e a necessidade de retornar ao CRH, caso apresentasse. Mas relatou à pesquisadora

que não voltaria porque a avó tinha asma e, certamente, havia “pegado”, não devia ser do remédio. Por fim, com a permanência do sintoma, resolveu ir, recebeu orientações e prescrição de exames avaliativos a realizar, mas demorou a marcar. Por fim, os sintomas cessaram sem a avaliação.

Mesmo aderindo bem ao tratamento poliquimioterápico, relatou à pesquisadora que o que mais sente falta do período antes da hanseníase, era “não ter obrigação com o remédio”. Mas diz fazê-lo, sistematicamente, porque “seria tolice parar e piorar”.

Inicialmente, Cora, outra informante do estudo, acreditava que faria um tratamento de seis meses para a hanseníase. Porém, ao ser examinada pela médica e enfermeira do CRH, foi informada que, pela quantidade de manchas visualizadas em seu corpo, tal tratamento seria de um ano. Nesse momento, perdeu um pouco a serenidade que demonstrava e olhou com preocupação para a filha, que a acompanhava. Fez uma expressão facial reflexiva, depois balbuciou algo com expressão de resignação.

Ficou atenta a todas as informações que estava recebendo. Sempre respondia “sim”, “certo”, “entendi”, “tá bom”, completava frases como quem estava acompanhando a linha de raciocínio das profissionais. Elogiou a ambas, a tranquilidade da médica e a “didática” da enfermeira, frisando o quanto estava aprendendo. Sobre a medicação, riu e disse que saberia tomar. Na entrevista, falou a respeito: “sigo tudo direitinho, não vejo dificuldade nenhuma não”.

Contudo, inicialmente, pensou em não seguir o tratamento porque tinha receio dos efeitos das medicações em seu organismo, mas foi convencida pelo medo das sequelas, conforme relatou na entrevista:

No início eu falei pra minha filha: (...) eu não vou fazer esse tratamento, eu tenho muito medo de tomar remédio (...) aí ela mostrou o desenho do que podia acontecer e aí eu segui o tratamento.

Cora é bastante cética e sempre falou com a pesquisadora sobre as ressalvas que têm com remédios, pois possui muitas alergias. Um dia relatou que estava receosa com relação “ao governo ter mexido nos remédios”, pois aprendeu que a urina podia ficar vermelha e não estava mais ficando. Inclusive, disse que não ia tomar vacina da COVID, ainda que todos em sua casa tomassem, porque desconfiava das coisas que vinham do governo. Ainda assim, todas as vezes que a

pesquisadora presenciou a autoadministração supervisionada da medicação, Cora, assertivamente, colocava-os todos de uma vez na boca.

Outro participante, Machado, já foi diagnosticado em fase avançada da hanseníase. Por desconhecimento, ignorou os primeiros sinais, pois nem se lembra se teve manchas pelo corpo. Procurou ajuda médica ao apresentar muitas feridas e dores que começaram a impedi-lo de trabalhar.

Ao ser diagnosticado, viu sua rotina inundada de medicações, horários, alguns eventos adversos e consultas médicas no CRH e fora dele. Tal rotina é administrada por sua esposa, atenta a tudo. Ele mesmo se esquece e tem pouco manejo com a diversidade de medicações.

Relata saber que sente taquicardia ao ingerir um dos comprimidos e, por isso, precisa parti-lo ao meio milimetricamente. “Se tomar um meio maiorzinho, o coração acelera”, disse à pesquisadora. Também relatou que, certo dia, chegou da dose supervisionada no CRH e foi na Casa Lotérica, mas teve que voltar e se deitar porque sentiu-se mal.

Bastante ativo, Machado se trata para poder continuar assim, segundo afirma. Trabalha como ambulante em meio período, apesar de já aposentado, convive com vários amigos, visitando-os com frequência, ajuda um amigo que trabalha na feira livre no fim de semana. Na entrevista, afirmou: “Tem que ir pro tratamento, fazer o possível pra sarar (...) já pensou eu com a mão dura ou os pés “entrevado” sem poder fazer nada? “

Começou a apresentar dormência de mãos e pés e recebeu orientações sobre os exercícios de força a serem feitos. Pareceu interessado e ciente de que precisava realizar se quisesse continuar com suas atividades cotidianas. Mas relatou que a bola que comprou para o exercício das mãos era muito rígida e que parou de fazer por causa disso. Não comprou outra mais adequada. Apesar dos receios, inclusive relatando medo de morrer de hanseníase, tem pouca adesão ao autocuidado, conforme os trechos seguintes da entrevista: “Tem o exercício da mão e tudo, mas...É porque eu esqueço as vezes, tem muita coisa em vezes, né? Às vezes passa do sentido e aí não faz”.

Resistência observada, também, num episódio em que precisou de consulta com cardiologista, solicitada pela médica do CRH. Perguntado do motivo da resistência, ele riu e disse que “os exames são caros”. Mas a mulher mostrou

chateação e disse que ele fica tentando economizar, mesmo tendo o recurso, o que ele confirmou, rindo novamente.

Por fim, lança-se um olhar sobre o rizoma de Cecília. Assim como foi com Jorge, enfrentou um tratamento de um ano para hanseníase, concluído em 2019. Todavia, poucos meses depois, cursou com dores e nódulos disseminados pelo corpo. Ao voltar ao CRH, foi diagnosticada com um quadro de reação hansênica.

Novo tratamento foi instituído, desde então, e junto com ele medicação com possível efeito teratogênico, interrupção do trabalho por causa das dores constantes, corrida ao INSS para obter benefício temporário, diagnóstico recente de fibromialgia e mais remédios, edema, sintomas depressivos e esforço para amenizar tudo isso. Inclusive, nossos últimos encontros foram remarcados algumas vezes, pois ela estava envolvida com várias atividades médicas e relativas ao INSS. Ainda assim, relata, com ar cansado/contrariado, na entrevista, seguir todas as recomendações: “tudo eu tenho que fazer de qualquer jeito”.

Por conta do medicamento com possível efeito teratogênico, precisa, obrigatoriamente, fazer um beta-HCG mensalmente e tomar contraceptivo injetável, a fim de receber a medicação. Inclusive, desesperou-se por um beta falso positivo e sentiu-se constrangida com uma expressão que interpretou como reprovação de um dos profissionais do CRH.

Por conta do edema, pediu que o CRH trocasse o contraceptivo trimestral por mensal, pois atribuía a isso o agravamento do edema, no que foi atendida. Relatou, na entrevista, que gostaria de voltar a trabalhar e fazer suas atividades cotidianas, com brilho nos olhos, ao falar sobre as limitações que a hanseníase trouxe: “eu não consigo trabalhar, não consigo fazer o que fazia antes”.

Tem medo de perder o benefício e, por não estar podendo exercer suas atividades laborais, não ter como pagar seu aluguel e passar a depender de parentes, perdendo sua privacidade. Mostra-se um pouco desesperançosa, visto que está em novo tratamento, quando havia expectativa de cura completa, e de não ver muitas melhoras agora, como expressado em trecho da entrevista:

Eu me trato porque eu quero sarar, né? Eu quero uma cura, mas até agora não tô vendo resultado dessa cura, porque o meu primeiro tratamento pra mim falou que era de um ano né, foi como deu tudo certo, eu fiz o tratamento de um ano e aí com um ano eu recebi alta. Aí com uns dois meses começou tudo de novo, aí eu repeti o exame quando cheguei lá, deu tudo de novo, aí tô até hoje fazendo.

DISCUSSÃO

A partir da cartografia revelada pelo mapa rizomático das vivências relatados no tópico anterior, emergiram duas categorias de discussão, considerando o corpo hanseniano (anátomofisiológico) e o corpo afetivo, desejante.

O manejo da hanseníase enquanto intervenção sobre o corpo anatomoclínico

Uma coisa é unânime nas vivências dos participantes: Concomitante ao diagnóstico da hanseníase, chega ao acometido uma série de conhecimentos a serem elaborados, a fim de que possam alcançar a cura, quebrar a cadeia de transmissão e prevenir complicações. O tratamento é imperativo, visto que é o único meio de conter a devastação que o bacilo de Hansen pode provocar no corpo dos indivíduos.

Assim, tais conhecimentos nascem de conexões diversas, dentre as quais se destaca a relação com os profissionais de saúde que, munidos de conhecimento científico, têm o desafio de fazer-se entender e produzir nos indivíduos a adesão a tal tratamento.

Pensando nos princípios de um rizoma aqui estabelecido, que fora revelado pela cartografia da realidade dos indivíduos em tratamento, tem-se as conexões que este estabelece e que irão propiciar a expressão de afetos, ora causadores de aumento de potência, ora causadores de diminuição de potência, conseqüentemente, expandindo ou constringendo o desejo destes (SPINOZA, 2019).

Essas conexões, delimitando zonas de platôs, carregados de intensidade, são múltiplas, no sentido de que vão produzindo sempre novas conexões, muitas delas heterogêneas, ou seja, com o diferente (DELEUZE; GUATTARI, 2011a). No caso aqui, a conexão dos acometidos, portando seus conhecimentos tidos como do senso comum, com os profissionais e seu conhecimento científico acerca da transmissão, das medidas de autocuidado, do tratamento medicamentoso e seus possíveis eventos adversos.

A imposição nascida do tratamento da hanseníase, com sua rotina de medicações diárias, com doses mensais supervisionadas pelos profissionais, os

exames que vão se fazendo necessários a partir de complicações que podem surgir, os exercícios de autocuidado com a pele, olhos, pés e mãos, o reconhecimento de complicações e eventos adversos, exigindo um certo grau de manejo da terapêutica medicamentosa, como visto com Jorge e Machado, a fim de reconhecer e minimizar tais eventos, se constitui numa construção de conhecimento ampla e, muitas vezes, estranha para os indivíduos.

Conviver com uma doença crônica, com as peculiaridades da hanseníase, requer aprender uma nova forma de viver, em grande medida regida pelo conhecimento científico e revelada a partir de alterações fisiológicas, que precisam ser controladas. Assim, o manejo da hanseníase nasce do encontro usuário-profissional, mas se dá sobre o corpo anatômoclínico dos acometidos.

O corpo anatômoclínico, conforme definido por Foucault (2011), é central no nascimento da clínica, no século XVIII, pois ela é fundada sobre a Medicina Científica, que valoriza o conhecimento e intervenção sobre as estruturas anatomofisiológicas dos indivíduos, vendo o corpo como máquina, que deve ser “consertada” quando houver alguma disfunção em qualquer de suas partes.

Desse modo, o conhecimento técnico dos profissionais atravessa a rotina dos acometidos e a produção dos sintomas e limitações impressas em seus corpos anatômoclínicos, fazem com que se submetam, num certo grau, a tais intervenções. Como visto, os participantes demonstram, em relação às medicações, um grau de “submissão”, refletidas na presença às doses supervisionadas, a fim de pegar a medicação para o os dias do mês subsequente, na atenção focada no recebimento das orientações, na assertividade de Cora, que não gosta de tomar muitos remédios, em resignar-se a isto e nas falas dos trechos transcritos das entrevistas, como o “tem que fazer de qualquer jeito”, de Cecília, que encontra similares em outras falas.

Vê-se aqui, portanto, uma formação de subjetividade a partir desses conhecimentos sobre o manejo da hanseníase. Das interações múltiplas e heterogêneas, com o bacilo, com o profissional, com as medicações, vão ocorrendo agenciamentos e desterritorializações, rupturas a-significantes e novas formas de viver, a partir das conexões rizomáticas (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

Para falar acerca dessa produção de subjetividade, mediada pelo desejo, presente nos resultados, cabe introduzir a ideia de Deleuze e Parnet (1988), que afirmam que o objeto da Cartografia é o estudo, em grupos ou indivíduos, das linhas do desejo. Em relação às imposições que a doença traz, que atravessam o

cotidiano, as rotinas, o caminhar na vida dos acometidos, os hábitos e os aprendizados, destaca-se, nesse momento, as chamadas linhas duras.

Conforme Deleuze e Guattari (2012b), há um espaço-tempo liso e outro estriado, coexistindo. O primeiro, tido como nômade, pode ser metaforizado com o deserto, o gelo ou o mar. Não possui divisões, é fluido, é movimento, acompanha as intensidades. Já o segundo, é tido como espaço-tempo sedentário, rígido, representa as estrias ou divisões dos macrocortes sociais. É a divisão da cidade, enquanto espaço, do que se espera para cada fase do ciclo de vida, tanto pessoal, quanto familiar, quanto na vida profissional, entre outras coisas. Fazendo um paralelo com a presente cartografia, é o espaço do CRH, com suas consultas médicas, de enfermagem, fisioterapia, farmácia, entre outros, e o tempo das medicações, dos horários, das doses mensais supervisionadas, das limitações impostas ao cotidiano.

O espaço tempo-estriado é circunscrito, nos grupos ou indivíduos, por meio das linhas duras do desejo. Essas linhas, que compõem a todos nós, são linhas do porvir, do planejamento (DELEUZE; GUATTARI, 2012a). Têm como vantagem organizar a vida. Assim, Clarice toma as medicações e usa o protetor solar para desaparecerem as manchas; Cora porque não quer ficar com sequelas; Jorge, para “ficar bom”; Cecília no intuito de voltar a trabalhar e fazer tudo o que podia fazer antes e Machado, para se manter ativo.

Mesmo com ressalvas a medicamentos, suspiros e frustrações em não ver as melhoras esperadas, lá estão eles, permitindo intervenções em seus corpos, de modo a “consertarem a máquina”, conforme prescrito pela ciência e orientado pelos protocolos de tratamento da hanseníase. Tais prescrições e protocolos funcionam como um agenciamento de poder, molar, operando por linhas de integração, às quais sujeitam os indivíduos e produzem suas subjetividades, de modo a que desejem àquilo que lhes “falta” (DELEUZE; GUATTARI, 2012a).

Visto sob essa perspectiva, o processo de trabalho em saúde é ponto relevante na construção dessa Cartografia. Tal processo é, eminentemente, relacional, dando-se a partir da interação entre profissionais e usuários e, nesse ponto específico da discussão, está constituindo um rizoma atravessado por linhas duras. Tal fato faz inferir a centralidade das tecnologias leve-duras e duras, orientando as práticas, conforme as concepções de Merhy (2007).

Tem-se os conhecimentos técnicos e a aplicação de protocolos para manejo da hanseníase, compartilhado na interação profissional-acometido, como tecnologias leve-duras, e os medicamentos, encaminhamentos a especialistas, solicitação de exames, constituindo as tecnologias duras, ambas proeminentes nas narrativas dos resultados. Inclusive, essas tecnologias podem vir a promover uma subutilização das tecnologias leves, relacionais, quando estas últimas não são utilizadas como norteadora para o uso das demais.

Essas tecnologias leve-duras e duras, bem como a intervenção sobre o corpo anatomoclínico, não estão sendo rechaçadas, pois se fazem importantes para a restituição do organismo e cura da doença crônica em questão. A discussão realizada tem como função trazer reflexões acerca do fato de que não existe apenas esse corpo a se considerar e que a clínica tem suas restrições, uma vez que “simplifica a ideia de corpo às estruturas e funções anatomofisiológicas e por consequência estrutura um saber e prática que não conseguem atuar na plenitude do corpo” (FRANCO; HUBNER, 2015).

Além disso, especialmente, quando se pretende tensionar a questão da educação em saúde (como impulsionadora de um conhecimento tão precioso aos acometidos), cuja aplicabilidade é tão dependente da orientação por tecnologias leves, tais conjecturas se fazem necessárias.

O uso destas tecnologias mais relacionais se justifica nas práticas educativas, pois estudos trazem o quanto tais práticas ainda se restringem ao biológico, ao saber médico, com metodologias pouco adequadas, descontextualizadas das realidades e necessidades, conteudistas e impositivas, portanto, com pouco poder de agenciar formas mais saudáveis de vida (SAVASSI, 2015); (SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017); (OLIVEIRA; MARINUS; MONTEIRO, 2020); (ASSIS; ARAÚJO, 2018), do ponto de vista da integralidade de necessidades, uma vez que desconsideram as singularidades, apenas apreendidas nas relações acolhedoras e dialógicas. Considera-se, conforme Ayres (2004), que a promoção do bem-estar nem sempre se restringe àquilo que pode ser mediado pelo conhecimento técnico.

Destarte, a abordagem sobre o corpo anatomofisiológico é necessária e bem-vinda. Contudo, o que se propõe neste trabalho é uma discussão que gire em torno de um olhar, a partir do “corpo vibrátil”, que também considere o corpo subjetivo, afetivo.

O corpo afetivo e os movimentos do desejo

A despeito de qualquer limitação ou imposição da condição de saúde, os participantes têm aspirações que estão explícitas, por exemplo, no brilho dos olhos de Cecília, pela simples menção ao que considera uma vida normal e produtiva. Também no sonho de ser professor de Jorge e dos cursos que faz, apesar das limitações físicas que o impedem de arrancar graminhas no quintal de casa; da vontade de se manter ativo de Machado, fazendo com que este, apesar de aposentado e se tratando de uma doença crônica, continue trabalhando, visitando amigos e acordando cedo nos fins de semana para ajudá-los.

Desejar é imanente ao homem, que se esforça para perseverar em seu ser. “O desejo é a própria essência do homem, enquanto esta é concebida como determinada, em virtude de uma dada afecção qualquer de si própria, a agir de alguma maneira” (SPINOZA, 2019). Desejo, portanto, está carregado de ação, é traduzido em esforço, é produtor.

Assim, além dos desejos e atitudes consequentes já relatados em parágrafo anterior, cuja proatividade ultrapassa as limitações da hanseníase, pôde-se acompanhar, também, algumas resistências às imposições sobre o corpo anatomoclínico. Apesar do receio de sequelas físicas, Machado iniciou os exercícios com as mãos, mas desistiu com o simples fato de ter comprado uma bola muito rígida para tal, quando poderia “corrigir” essa questão, comprando outra. Também Machado, que divide milimetricamente o remédio para não ter taquicardia, simplesmente não quer aplicar recursos financeiros numa visita ao cardiologista. De igual modo, Clarice se recusou a fazer exames diversos para investigar a dispneia associada ao remédio. Cora se recusava a tomar a vacina para COVID, mesmo sendo orientada a tomar, até por possuir uma doença crônica e utilizar corticoides que podem rebaixar o sistema imunológico. Jorge também, apesar de verbalizar o receio de sequelas, só fez os exercícios por uma semana, por “preguiça” e não pesquisou sobre o assunto porque achou que a pesquisadora não voltaria para “cobrar”.

Diante dessas narrativas, os desejos a serem considerados nessa categoria de discussão, dão conta dos desejos que produzem uma subjetividade não capturada pelos segmentos sociais duros, pelo espaço-tempo estriado, mas por desejos que produzem uma subjetividade traduzida nas linhas flexíveis e de fuga que, junto com as linhas duras, nos compõe.

As linhas flexíveis são linhas de experimentação. Tal linha é molecular, o desejo produz microfissuras na realidade da linha dura, havendo uma redistribuição das potências, os afetos mudam, e passa-se a ter, no contexto dessa discussão, uma realidade favorável ao não planejado, à não adesão ao protocolo e ao que a ciência diz ser o melhor. Cada resistência apresentada pelos indivíduos, fazem inferir que houve um questionamento pessoal acerca da necessidade de seguir aquela recomendação, funcionando como uma fissura. Assim,

a fissura acontece sobre essa nova linha, secreta, imperceptível, marcando um limiar de diminuição de resistência ou aumento de um limiar de exigência (...) a repartição dos desejos mudou em nós, nossas relações de velocidade e de lentidão se modificaram, um novo tipo de angústia surge, mas também uma nova serenidade. Fluxos se moveram... (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 102-103).

Quando ocorre essa microfissura, caso o desejo não siga o fluxo das estrias, retornando às imposições, pode ocorrer um devir, proporcionado por uma 3ª linha a ser considerada: a linha de fuga. Esta linha se caracteriza por uma ruptura, ocorrendo uma resistência aos agenciamentos de poder, por meio de um agenciamento que Deleuze e Guattari chamam de “agenciamento máquina de guerra”. Daí, ocorre uma desterritorialização, um devir, um novo modo de viver. A produção de subjetividade aqui é singular, não sujeitada a imposições (DELEUZE; PARNET, 1998); (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

As linhas flexíveis e de fuga são próprias do nomadismo, do espaço liso, no qual há movimento, fluidez. Essas linhas, muitas vezes, atendem às demandas, não do corpo anatomofisiológico, com sua estrutura de organismo, mas do corpo sem órgãos (CsO)⁶, o corpo afetivo. “Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam” (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, p. 16).

Segundo tal pensamento, um CsO possui órgãos, só não possui uma organização. O que quer dizer que ele não segue padrões impostos externamente, preestabelecidos, que diz como ele deve pensar e sentir. O CsO pode traçar suas

⁶ Termo criado por Artaud, poeta e ator francês, em 1947, ao declarar guerra aos órgãos, afirmando a inutilidade destes, ao mesmo tempo em que afirma que um corpo sem órgãos é o que traz liberdade dos automatismos (DELEUZE; GUATTARRI, 2012b).

próprias linhas, agenciar encontros, se desterritorializar, experimentar devires (DELEUZE; GUATTARI, 2012a).

Aqui cabe uma ressalva: como dito, O CsO traça suas próprias linhas e agencia encontros. A ideia implícita é a de que tal corpo, num plano comum de imanência, consegue identificar os corpos que convém ao seu, fazendo com que os encontros sejam produtores de afetos alegres, expandindo sua potência (SPINOZA, 2019). Assim, espera-se que as linhas de fuga que compõem o CsO, sejam linhas produtoras de devires saudáveis. Então, pergunta-se, por que as atitudes de não adesão ao autocuidado, tão importante para a prevenção de incapacidade física, está sendo metaforizada a partir da produção de CsO? Como pode este seguir uma linha de fuga que pode destruí-lo, se o CsO é produtor, a priori, de afetos alegres?

Para elucidar estas questões, uma complementação do pensamento filosófico que ancora estas ideias precisa ser introduzida: Sendo a linha de fuga uma linha que celebra a liberdade em grandes proporções, pode, sim, levar as pessoas a modos de viver mais saudáveis, porém, também pode trazer o risco de induzir a um certo grau de autodestruição, se transformando em uma “linha suicidária”, na perspectiva de Deleuze e Guattari (2012a). Paralelo a cartografia desse estudo, as linhas de fuga caracterizadas pela não adesão ao autocuidado, desembocam em progressão de sequelas e incapacidades físicas, desintensificando o desejo e produzindo afetos tristes.

Assim, Deleuze aponta os perigos da multiplicidade pura, na qual a prudência precisa questionar para onde vai o desejo. Teoriza sobre os perigos de cada linha e, aponta, no contexto da presente discussão, o perigo da linha de fuga, qual seja, o desgosto, que ocorre quando tais linhas se transformam em linhas de destruição, a partir de uma paixão de abolição, tomando desgosto pela vida, desintensificando o desejo e deixando de criar (DELEUZE; GUATTARI, 2012b).

O próprio Deleuze oferece algumas possibilidades de solução: “A questão é a seguinte: o que pode um corpo? De que afetos você é capaz? Experimente, mas é preciso muita prudência para experimentar” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.50). Em outra obra, aparecem mais respostas:

Eis então o que seria necessário fazer: instalar-se sobre um estrato, experimentar as oportunidades que ele nos oferece, buscar aí um lugar favorável, eventuais movimentos de desterritorialização, linhas de fuga possíveis, vivenciá-las, assegurar aqui e ali conjunções de fluxos, experimentar segmento por segmento dos contínuos de intensidades, ter sempre um pequeno pedaço de uma nova terra (...) É somente aí que o

CsO se revela pelo que ele é, conexão de desejos, conjunção de fluxos, continuum de intensidades (DELEUZE; GUATTARI, 2012b, p. 26)

Assim, adiciona-se a questão da prudência na experimentação do CsO. Ao ser atravessado pela linha flexível, que é uma linha de experimentação, como já dito, os indivíduos ou grupos precisam ir experimentando, num processo gradual de formação de agenciamentos. A ruptura sem essa prudência pode incorrer na “morte”.

Ao pensar que as linhas de fuga podem ser destrutivas, parece haver um impasse entre a produção do cuidado e da educação em saúde, enquanto prática não impositiva, e a necessidade de adesão dos indivíduos ao autocuidado. Assim, reflete-se acerca de como poderia ser uma abordagem que produzisse, nos participantes desse estudo, o desejo pelo autocuidado, sem que isso seja mais uma imposição ao corpo anatomoclínico, mas, antes, uma produção do corpo afetivo.

O ponto de partida está na reflexão de que, a fim de produzir cuidado, é preciso considerar o corpo anatomoclínico e o afetivo, conjuntamente, uma vez que a clínica é necessária e a existência do corpo afetivo é importante para que os indivíduos possam construir suas próprias realidades, formarem conhecimento, organizarem suas conexões, de modo a produzirem afetos que potencializem suas ações sobre si e sobre o mundo.

Sobre esse pressuposto, as reflexões passam às considerações a serem feitas acerca das práticas educativas em saúde. Consideramos aqui a prática educativa oriunda da relação entre profissionais e usuários, uma prática produtora de cuidado. Assim, o profissional de saúde precisa compreender as aspirações do corpo afetivo dos usuários, o que só pode ser realizado via utilização de tecnologias leves do processo de trabalho em saúde, abrindo um espaço de coexistência de ambos num mesmo plano de intensidades, segundo a perspectiva cartográfica. Tem-se que, segundo Franco e Hubner (2015), que ampliar a “caixa de ferramentas”, incluindo as tecnologias leves na produção de cuidado, pode vir a incrementar o processo de pactuação e diálogo relativos aos processos terapêuticos.

É, portanto, um “encontro de afetos em ato”, no qual o profissional não perceba o outro apenas como objeto de aplicabilidade da sua clínica, mas como sujeito de construção conjunta de territórios existenciais (FRANCO; HUBNER, 2015). Para tanto, a prática educativa deve subsumir uma lógica relacional, para além do

instrumental, a fim de ativar o potencial dos usuários, a partir do próprio desejo de cuidar-se (FRANCO; CORVINO; GALAVOTE, 2011)

Esse encontro singular e a apreensão das aspirações do corpo afetivo, os porquês, as motivações, o movimento das linhas de desejo, devem se desdobrar em respeito à vontade do usuário, mas precisa, a partir de um processo de problematização e afetação mútua, trazer reflexões sobre a prudência na composição das linhas de fuga, a fim de que as escolhas dos indivíduos perpassem à manutenção da vida.

Assim, o encontro do profissional e do acometido, nesse contexto, objetiva a produção de cuidado e de intensificação do desejo para preservação do corpo anátomoclínico, sem desconsiderar os desejos pessoais e as aspirações singulares. O processo educativo, portanto, inicia-se na cartografia de uma realidade rizomática, apreendida pelo “corpo vibrátil” do profissional, e na construção de uma realidade, a partir de uma correlação empática, respeitosa e implicada.

Considerações Finais

As discussões suscitadas no presente estudo dão conta de que os acometidos por hanseníase iniciam, a partir do diagnóstico, um processo de apreensão de informações, oriundas do conhecimento técnico-científico, com vistas a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Este último, incluindo as questões relativas ao autocuidado.

Nesse contexto, tanto o tratamento medicamentoso, quanto as medidas de autocuidado, cuja adesão precisa ser mediada pela educação em saúde, são imperativos, visto serem as únicas formas de cura da doença e prevenção de complicações e sequelas decorrentes. Ambos se constituem em intervenções sobre o corpo biológico dos acometidos. Porém, a partir dos resultados do estudo, essa “autorização” se deu apenas quando relacionado à adesão à poliquimioterapia, observada pelo fato de os acometidos, em sua relação com os profissionais, acatarem suas prescrições em relação a essa faceta do tratamento.

Com relação ao autocuidado e outras recomendações referentes a encaminhamentos médicos, houve uma resistência dos acometidos, revelando as aspirações de um outro corpo além do biológico, um corpo afetivo, que, a partir do próprio desejo, traçou “linhas de fuga” que não se deixaram capturar pelos protocolos de tratamento.

Tal escape, porém, por evidenciar uma realidade que pode trazer prejuízos aos acometidos, do ponto de vista da capacidade física, precisa ser alvo das reflexões da educação em saúde, enquanto produtora de cuidado e fruto da utilização adequada das tecnologias relacionais do processo de trabalho em saúde. Assim, deve-se considerar, em conjunto, o corpo biológico e o corpo afetivo e construir, a partir de um processo relacional, as reflexões necessárias à manutenção da vida, de modo que, usufruindo da liberdade do próprio desejo, os acometidos consigam despertar para o autocuidado, de modo não impositivo.

Considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado, mas aponta-se, como limitação, o fato de, em razão do período pandêmico no qual os dados foram produzidos, os grupos de autocuidado não estarem em funcionamento. A existência de tais grupos poderia trazer à tona novas conexões e afetos que poderiam acrescentar elementos a mais a esta reflexão.

Referências

ASSIS, S.S; ARAUJO-JORGE, T.C. O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas?: aportes para a educação em saúde no ensino de ciências. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 24, p. 125-140, 2018.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 73-92, 2004.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2009.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica - dados - hanseníase. In: **transmissíveis**. Ddvdd, editor. Brasília - Distrito Federal: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenise/11298-situacao-epidemiologica-dados>; 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CARVALHO, M.N; FRANCO, T.B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 863-884, 2015.

DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 1, 2011a.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 2, 2011b.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 3, 2012a.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 5, 2012b.

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. London: Routledge, 2009.

DE VASCONCELOS, R.L.H *et al*. Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. **Scientia Medica** , v. 27, n. 4, pág. ID27342-ID27342, 2017.

FRANCO, TB; CORVINO, MP; GALAVOTE, HS; LOBATO, E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. IN: RIBEIRO; CDM; FRANCO, TB; SILVA JÚNIOR, AG *et. al*. **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANCO, T.B; HUBNER, L.C.M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 93-103, 2020.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução: Paula Siqueira. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

GOMES, N.M.C *et al*. Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Editora Forense Universitária: São Paulo, 2011.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, n1, v19, p. 15-22, jan/abr. 2007.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, J; MARINUS, M.W.L.C; MONTEIRO, E.M.L.M. Práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com hanseníase: discursos de profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem** , v. 41, 2020.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina – Editora da UFRGS, 2007.

SAVASSI, LCM, MODENA, CM. Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen Int.**, v 40, n 2: p. 2-16, 2015.

SOUZA, M.F; VANDERLEI, L.C.M; FRIAS, P.G. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 817-834, 2017.

SPINOZA, B. **Ética**. 2 ed. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada e apresentada nesse estudo, teve como propósito cartografar a produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase, por seus acometidos. Pretendeu-se, com o alcance desse objetivo, contribuir com as reflexões sobre a educação em saúde para este grupo específico. Porém, acreditamos que muitas das conclusões às quais chegamos, se aplicam à educação em saúde em geral, por tocar em questões que se auxiliam na compreensão das singularidades de todas as pessoas e são comuns ao processo de trabalho em saúde, em situações diversas.

Paralelo a isso, compreendemos a importância da utilização de aportes teórico-filosóficos, visto que, para além de uma mera interpretação da vida, a filosofia se constitui em ferramenta de transformação da realidade, a partir das reflexões que pode promover em contextos concretos, como o que aqui foi apresentado. Inclusive, reside nisso a originalidade desse estudo. Além disso, a revisão de literatura indicou uma lacuna de conhecimento relativa a centralidade dos usuários da saúde, ao se produzir acerca da educação em saúde. Nos propomos, então, a trazer uma produção que focalizasse nas singularidades e na produção subjetiva dos indivíduos para os quais a educação em saúde é formulada, dando-lhe “voz” e protagonismo.

Evidenciou-se, nos resultados, que a formação do conhecimento se dá pela conexão múltipla e heterogênea dos acometidos, a primeira delas, com o próprio bacilo e, a partir dessa, a relação com diversos outros corpos, não se limitando, exclusivamente, ao conhecimento que se origina do profissional de saúde. Inclusive, os conhecimentos que vão se produzindo não são apenas técnicos. Ser acometido por hanseníase, traz conhecimentos sobre a própria vivência com a doença, com suas limitações, com as dores emocionais, com as relações familiares, sociais e laborativas. Enfim, não é só de uma abordagem relacionada ao tratamento e vigilância de contatos que esses acometidos necessitam. Precisa-se compreender o que aumenta ou diminui sua potência em toda a amplitude do território existencial. Tudo isso é matéria-prima para a educação em saúde. Não se pode ater, apenas, ao que interessa ao corpo anátomo-clínico.

Tais questões são desafiadoras para os profissionais de saúde que, para além do conhecimento científico, que é de grande importância, dadas as dificuldades

de abordagem diagnóstica evidenciadas, necessitam problematizar o cotidiano de seu trabalho, de modo a singularizar os que, muitas vezes, são tratados como iguais, uma vez que a hanseníase coloca todos sob um protocolo único. Apesar da formação em saúde, historicamente cartesiana e biologicista, e das dificuldades da intensa demanda do dia a dia, é preciso que gestores e trabalhadores criem as condições para o exercício do pensamento e da construção compartilhada do conhecimento com os usuários. Conhecimento que vai além da abordagem biológica.

É necessário explorar as muitas fontes de aprendizagem, visto que cada pessoa constrói conhecimento a seu modo. Porém, a problematização da realidade, a valorização da experimentação, o compartilhamento de ideias e reflexões sobre causas e efeitos parecem, de fato, contribuir para a formação de um conhecimento racional e intuitivo, nos moldes Spinozianos sobre ideias adequadas, que acreditamos serem agenciadores de liberdade e bem-estar do acometido e seu entorno, de autopreservação e preservação do outro.

Uma vez que o tratamento farmacológico e não farmacológico- autocuidado, são imperativos para a cura e prevenção de incapacidades físicas, são quesitos que carecem de atenção para que sejam formadas “ideias adequadas”. Nesse ínterim, atenção especial deve ser dada ao autocuidado, visto ser esse, como o próprio nome diz, gerenciado pelo próprio usuário, e com pouca adesão, como visto nos resultados e confirmados pela literatura. Inclusive, foi possível evidenciar a valorização cultural da tecnologia dura por parte dos acometidos por hanseníase, visto que a adesão ao tratamento se dá, predominantemente, nesse aspecto, em detrimento da adesão aos aspectos não farmacológicos, que são equivalentes em importância.

No contexto do presente trabalho, foi possível evidenciar, a partir da autonomia de escolha em seguir algumas recomendações e outras não, ainda que necessárias, como a questão do autocuidado, que há uma produção de subjetividade, mostrando movimentos claros do desejo, fazendo-se conhecer um corpo afetivo que traça suas próprias linhas de fuga, apesar do que impõe os protocolos.

Nos processos educativos, portanto, cabe a apreensão desse corpo afetivo e, mais que isso, perceber se os movimentos do desejo levam à preservação da vida ou não. Dessa forma, a abordagem do corpo biológico, que precisa ser preservado,

em conjunto com o corpo afetivo, que possui aspirações e movimentos singulares, pode trazer elementos para uma educação em saúde mais comprometida com a integralidade do ser, com o respeito aos valores e decisões individuais, mas com grande potência de exercitar a alteridade necessária para, conjuntamente, se construir as bases da promoção de saúde, num movimento de preservação da vida e do bem-estar. Promoção esta não “ensinada” e imposta pelos profissionais, mas negociada, refletida e disparadora de subjetivações.

Aponta-se como limitação do estudo a interrupção dos grupos de autocuidado, em razão do período pandêmico, visto que a literatura traz a importância de tais grupos na construção compartilhada de conhecimentos. Assim, entendemos que conviver com os afetos em jogo nesses grupos, poderia trazer elementos importantes a serem acrescentados a essa discussão.

Acreditamos termos alcançado os objetivos propostos e aspiramos contribuir com os conhecimentos sobre a adequabilidade dos processos educativos, a partir do reconhecimento de necessidades e aspirações singulares, afetos e afecções que circulam esse campo. Defendemos o pensamento de que o processo de formação do conhecimento, de fato, produz subjetividade e a educação em saúde, a fim de alcançar suas metas de promoção de saúde, deve ser realizado como um trabalho cartográfico.

Desse modo, os profissionais de saúde e de comunicação em saúde, mediadores tão expressivos de formação de conhecimento, devem lançar mão de seu “corpo vibrátil”, numa coexistência, num plano comum, num espaço intercessor, e, como um cartógrafo, dar língua aos afetos dos usuários da saúde, a fim de promover as subjetivações necessárias à manutenção da vida, sem imposições ou desrespeito aos desejos individuais, mas, a partir do vínculo, ser um promotor de reflexões que possam deflagrar o desejo por modos de vida mais saudáveis. A educação em saúde precisa se balizar nos pilares de acolhimento e geração de autonomia no espaço das relações.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, C.C.S.; HANS FILHO, G. Hanseníase e Fisioterapia: uma abordagem necessária. **Jornal de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 29, n. 3, pág. 416-426, 2019.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. IN: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ARAÚJO, A.F. *et al.* Uso de Webrádio na construção de saberes e fazeres em Saúde Coletiva junto a jovens escolares como dispositivo de cuidado no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 3, p. 265-274, 2019.

ARAÚJO, Érica Juliana Benício et al. Pós-alta de hanseníase: prevalência de incapacidades físicas e sobreposição de doenças. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018.

ARRAES-AMORIM, A.K.M.; DIMENSTEIN, M. Implicação e prudência na pesquisa em saúde mental: cartografias do Serviço Residencial Terapêutico. IN: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009. p.191-217.

ASSIS, S.S.; ARAUJO-JORGE, T. C. O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas?: aportes para a educação em saúde no ensino de ciências. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 24, p. 125-140, 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 73-92, 2004.

_____, J. R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2012.

_____. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica - dados - hanseníase. In: transmissíveis. Ddvdd, editor. Brasília - Distrito Federal:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11298-situacao-epidemiologica-dados>; 2016.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. IN: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 863-884, 2015.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção da organização pan-americana de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, pág. 99-122, 2018.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D.M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1547-1554, 2011.

COSTA, A. K. A. N. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 353-362, 2019 (a).

COSTA, C. R. L. *et al.* Limitação de atividade e consciência de risco em clientes acometidos pela hanseníase. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 459-470, 2019(b).

DAMIANCE, P. R. M; PANES, V. C. B. Compartilhando conhecimentos e experiências de ensino em um centro de referência em hanseníase. **Hansen. int**, p. 105-113, 2016.

DA SILVA, J. S. R. *et al.* Fatores sociodemográficos associados ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p. 2338-2348, 2018.

D'AZEVEDO, S. S.P. *et al.* Percepção de pacientes com hanseníase sobre dois grupos de autocuidado. **Rev. doente. UFPE on-line**, p. 1633-1639, 2018.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 1, 2011a.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 2, 2011b.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 3, 2012a.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, vol 5, 2012b.

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. Routledge: London; 2009.

DE SOUZA, R. G.; LANZA, F. M.; SOUZA, R. S. Sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde para a atuação nas ações prevenção e controle da hanseníase: relato de experiência. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 411-415, 2018.

DE VASCONCELOS, R. L. H. *et al.* Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. **Scientia Medica**, v. 27, n. 4, pág. ID27342-ID27342, 2017.

FERNANDEZ, J. C. A.. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 167-179, 2014.

FERREIRA, RC. RIBEIRO, MTF. Tecnologia assistiva na reabilitação para os cuidados bucais: casos de idosos com história de hanseníase. Belo Horizonte: FOUFGM, 2017.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

FLICK, U. Triangulation. In: **Empirische Forschung und Soziale Arbeit**. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. p. 323-328.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 427-438, 2007.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em busca da clínica dos afetos. IN: Franco, T.B.; RAMOS, V.C (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 176-99, 2010.

FRANCO, TB; CORVINO, MP; GALAVOTE, HS; LOBATO, E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. IN: RIBEIRO; C.D.M; FRANCO, T.B; SILVA JÚNIOR, A.G *et. al.* **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**, v. 1, p. 151-171, 2013.

FRANCO, T. B; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 93-103, 2020.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução: Paula Siqueira. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____, M. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, M. **O nascimento da clínica**. 7 ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 73 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FREITAS, B. H. B.M. *et al.* Oficina educativa com adolescentes sobre hanseníase: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1421-1425, 2019.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**: o esquecimento da educação e a educação Permanente. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

GALAN, N. G. A *et al.* Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. **Hansen. int**, p. 27-35, 2014.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63-76, 2017.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOIABEIRA, Y. N. L. A *et al.* Perfil Epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1507-1513, 2018.

GOMES, N. M. C *et al.* Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019.

GUION, L.A .; DIEHL, D. C .; MCDONALD, D. Triangulação: Estabelecendo a validade de estudos qualitativos. **Edis** , v. 2011, n. 8, pág. 3-3, 2011.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

HAESBAERT, R; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, v. 4, n. 7, p. 7-22, 2002.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 57-70, 2005.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, n1, v19, p. 15-22, jan/abr. 2007.

KER, R.S *et al.* A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, v. 41, n. 1/2, p. 55-63, 2016.

KESSLER, M. *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017389, 2018.

LAURINDO, C.R *et al.* Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 295-301, 2018.

LOPES, F. N; LANA, F.C.F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde [Social participation in leprosy control: a challenge for health services]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 235-240, 2015.

LOURES, L.F; MÁRMORA, C.H.C. Suporte e participação social em indivíduos com hanseníase. **O mundo da saúde**, v. 41, n. 2, p. 244-252, 2017.

LOZANO, A. W *et al.* O domicílio como importante fator de transmissão da hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-10, 2019.

MAIRESSE, D; FONSECA, T.M.G. Dizer, escutar, escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v 7, n2, p.111-116, jul/dez, 2002.

MARTINES, W.R.V; MACHADO, A.L; DE ALMEIDA COLVERO, L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 203-211, 2013.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MONTEIRO, L.D *et al.* Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

MORAIS, J.R; FURTADO, E.Z.L. Grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1625-1632, 2018.

NOBLE, H; SMITH, J. Questões de validade e confiabilidade em pesquisas qualitativas. **Enfermagem baseada em evidências** , v. 18, n. 2, pág. 34-35, 2015.

OLIVEIRA, J; MARINUS, M.W.L.C; MONTEIRO, E.M.L.M. Práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com hanseníase: discursos de profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem** , v. 41, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investindo para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas**: terceiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas, 2015 . Organização Mundial da Saúde, 2015.

PALMEIRA, I.P *et al.* Percepção de pacientes com hanseníase sobre suas necessidades humanas básicas alteradas: indícios para o autocuidado. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 324-329, 2020.

PELBART, P.P. **Vida Capital**: Ensaio sobre biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PESCE, L; DE MOURA ABREU, C. B. Pesquisa qualitativa: considerações sobre as bases filosóficas e os princípios norteadores. **Revista da FAEEBA-Educação e Contemporaneidade**, v. 22, n. 40, p. 19-29, 2019.

PINHEIRO, M.G.C *et al.* O enfermeiro e a temática da hanseníase no contexto escolar: relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2774-2780, 2015.

RIBEIRO, Leonardo Lima. Ciência intuitiva e beatitude em Spinoza. **Intuitio**, v. 6, n. 1, p. 169-193, 2013.

RODRIGUES, M.M *et al.* O papel transformador do estudante de medicina no cenário da epidemia de hanseníase no Brasil: relato de experiência. **Rev. bras. educ. méd**, p. 295-300, 2016.

ROE, C; MAY, L.S. A case of leprosy in Malawi. Making the final push towards eradication: a clinical and public health perspective. **Infectious diseases of poverty**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina – Editora da UFRGS; 2007.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, maio/ago. 1988.

SAKAE, T.M; DE ALMEIDA PESCADOR, M; MAGAJEWSKI, F.R.L. Análise de tendência histórica da evolução da hanseníase em Santa Catarina no período de 2001-2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 141-158, 2018.

SANTOS, V.L.C.G; SAWAIA, B.B. A bolsa na mediação "estar ostomizado"- "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, p. 40-50, 2000.

SAVASSI, L.C.M; MODENA, C.M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015.

SCHRAMM, F.R. O uso problemático do conceito "vida" em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. **Bioética**, v.17, n.3, pp. 377-89, 2009.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOLAR, O; IRWIN, A. Uma estrutura conceitual para a ação sobre os determinantes sociais da saúde . **Serviços de produção de documentos da OMS**, 2010..

SOUZA, M.F; VANDERLEI, L.C.M; FRIAS, P.G. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 817-834, 2017.

SPINOZA, B. **Ética**. 2 ed., 9 reimp. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 67-83, 2004.

VIANA, A.C.B; ARAÚJO, F.C; PIRES, A.A. Conhecimento de estudantes de medicina sobre hanseníase em uma região endêmica do Brasil. **Rev. baiana saúde pública**, p. 24-37, 2017.

XAVIER, A.T.F.;BITTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B.C.. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 18, p. 124-130, 2009.

www.saude.ba.gov.br acessado em 13 de maio de 2020

www.pmvc.ba.gov.br acessado em 13 de maio de 2020

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>, acessado em 13/09/2021

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira

Home Page: www.ims.ufba.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INDIVÍDUOS ADULTOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada **Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase**, sob responsabilidade das docentes **Nívea Maria Silveira de Almeida**, Eliana Amorim de Souza e Alba Alves Vilela, os seguintes aspectos:

Objetivo do estudo:

Compreender a vivência e desdobramentos do processo educativo sob a perspectiva de pessoas acometidas por hanseníase

Justificativa: A pesquisa propõe a compreensão da vivência da educação em saúde por pessoas acometidas por hanseníase, levando em conta a importância que tem este elemento na prevenção, controle e diminuição de complicações.

Metodologia:

Neste estudo serão realizadas entrevistas gravadas com os informantes, bem como observação dos momentos educativos no serviço de saúde e observação e acompanhamento no domicílio, a fim de atingir o objetivo proposto.

Desconfortos e riscos:

Os riscos de participação no projeto podem relacionar-se com a entrevista como constrangimento, cansaço ou desconforto pelo tempo necessário para responder as perguntas. Caso o participante manifeste cansaço serão realizadas

pausa e interrupção. Se o participante manifestar constrangimento ele poderá desistir de responder o questionário e as informações fornecidas serão descartadas.

Confidencialidade do estudo: Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em segredo. Serão guardados esses registros e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Os resultados deste trabalho serão publicados/apresentados na secretaria de saúde do município envolvido, no meio acadêmico, em artigos científicos e divulgados em congressos, sem nenhuma forma de identificação dos nomes dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios para os participantes estão no fato de que os resultados estarão contribuindo para uma melhor organização do sistema de atenção a saúde, no que diz respeito às práticas educativas.

Dano advindo da pesquisa: a pesquisa não prevê danos aos participantes. Em relação ao período de pandemia pela COVID 19, a pesquisadora estará utilizando máscara N95, guardará o devido distanciamento, disponibilizará álcool em gel, canetas e gravadores estarão devidamente higienizados e ofertará máscara adequada ao participante que, por algum motivo, não esteja com uma disponível no momento dos encontros.

Garantia de esclarecimento: A equipe de trabalho garantirá que todas as dúvidas dos participantes serão resolvidas antes que a pessoa concorde em participar da pesquisa.

Participação Voluntária: A participação no estudo é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo ou punição.

Em caso de dúvida, o(a) Sr(a) poderá perguntar ao seu entrevistador ou entrar em contato com a professora coordenadora do estudo, Nívea Maria Silveira de Almeida, pelo telefone 77-98826-1863 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA), ambos no seguinte endereço: Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Hormindo Barros, 58 - Quadra 17 - Lote 58, Bairro Candeias - CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista – BA.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Sr(a). A assinatura desse termo de consentimento indica que o(a) sr(a) compreendeu as informações referentes à pesquisa e que o(a) sr(a) aceita participar da pesquisa.

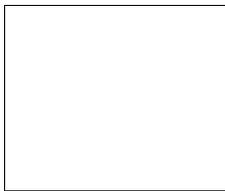
a) Consentimento para participação: Eu conheço o conteúdo deste consentimento, e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu _____, declaro que estou devidamente informado e esclarecido quanto aos itens acima citados e **concordo em participar da pesquisa.**

Vitória da Conquista, ____/____/2021.

Assinatura do Participante ou impressão datiloscópica

(rubricar as demais folhas)



Nome do responsável pela obtenção do consentimento: _____

—

Assinatura do responsável pela obtenção do consentimento: _____

—

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INDIVÍDUOS PARTICIPANTES DO ESTUDO Adolescentes com 12 a 18 anos, segundo a classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente

Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada **Produção de subjetividade na formação de conhecimento sobre a hanseníase**, sob responsabilidade das docentes **Nívea Maria Silveira de Almeida**, Eliana Amorim de Souza e Alba Alves Vilela, os seguintes aspectos:

Objetivo do estudo:

Compreender a vivência e desdobramentos do processo educativo sob a perspectiva de pessoas acometidas por hanseníase

Justificativa: A pesquisa propõe a compreensão da vivência da educação em saúde por pessoas acometidas por hanseníase, levando em conta a importância que tem este elemento na prevenção, controle e diminuição de complicações.

Metodologia:

Neste estudo serão realizadas entrevistas gravadas com os informantes, bem como observação dos momentos educativos no serviço de saúde e observação e acompanhamento no domicílio, a fim de atingir o objetivo proposto.

Desconfortos e riscos:

Os riscos de participação no projeto podem relacionar-se com a entrevista como constrangimento, cansaço ou desconforto pelo tempo necessário para responder as perguntas. Caso o participante manifeste cansaço serão realizadas pausa e interrupção. Se o participante manifestar constrangimento ele poderá desistir de responder o questionário e as informações fornecidas serão descartadas.

Confidencialidade do estudo: Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em segredo. Serão guardados esses registros e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Os resultados deste trabalho serão publicados/apresentados na secretaria de saúde do município

envolvido, no meio acadêmico, em artigos científicos e divulgados em congressos, sem nenhuma forma de identificação dos nomes dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios para os participantes estão no fato de que os resultados estarão contribuindo para uma melhor organização do sistema de atenção a saúde, no que diz respeito às práticas educativas.

Dano advindo da pesquisa: a pesquisa não prevê danos aos participantes. Em relação ao período de pandemia pela COVID 19, a pesquisadora estará utilizando máscara N95, guardará o devido distanciamento, disponibilizará álcool em gel, canetas e gravadores estarão devidamente higienizados e ofertará máscara adequada ao participante que, por algum motivo, não esteja com uma disponível no momento dos encontros.

Garantia de esclarecimento: A equipe de trabalho garantirá que todas as dúvidas dos participantes serão resolvidas antes que a pessoa concorde em participar da pesquisa.

Participação Voluntária: A participação no estudo é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo ou punição.

Em caso de dúvida, o(a) Sr(a) poderá perguntar ao seu entrevistador ou entrar em contato com a professora coordenadora do estudo, Nívea Maria Silveira de Almeida, pelo telefone 77-98826-1863 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA), ambos no seguinte endereço: Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Hormindo Barros, 58 - Quadra 17 - Lote 58, Bairro Candeias - CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista – BA.

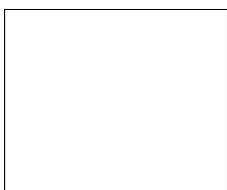
Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Sr(a). A assinatura desse termo de consentimento indica que o(a) sr(a) compreendeu as informações referentes à pesquisa e que o(a) sr(a) aceita participar da pesquisa.

b) Consentimento para participação: Eu conheço o conteúdo deste consentimento, e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu _____, declaro que estou devidamente informado e esclarecido quanto aos itens acima citados e **concordo em participar da pesquisa.**

Vitória da Conquista, ____/____ / 2021.

Assinatura do Participante ou impressão datiloscópica
(rubricar as demais folhas)



Nome do responsável pela obtenção do consentimento: _____

—

Assinatura do responsável pela obtenção do consentimento: _____

—

APÊNDICE 2: TERMO DE ASSENTIMENTO

Assentimento para menores de 18 anos

ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Confirmo que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____, _____ / _____ / _____

<p style="text-align: center;"><i>Assinatura ou impressão datiloscópica</i> <i>Do menor voluntário ou responsável legal</i></p>	<p style="text-align: center;">_____ <i>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo</i></p> <p style="text-align: center;">_____ <i>Nome do profissional que aplicou o TA</i></p>
<p style="text-align: center;">Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto): _____</p> <p>Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p>	

Ponto de referência:

CEP

Telefone(s) para contato:

APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÃO DISPARADORA:

- 1) O que o sr (sra) sabia sobre hanseníase antes do seu diagnóstico e o que aprendeu depois do diagnóstico?

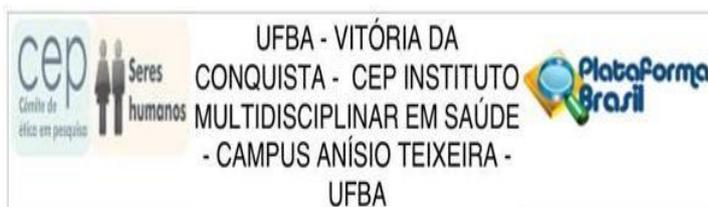
Questões a serem trazidas ao contexto, a partir da resposta anterior:

- Formas e fontes de aprendizado
- Dificuldades e recusas no seguimento dos protocolos de tratamento
- Motivações para adesão ao tratamento
- Visão sobre a vigilância dos contatos

APÊNDICE 4: ROTEIRO DOS ENCONTROS COM OS PARTICIPANTES

- VIVÊNCIA COM O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO (SUBMISSÃO, QUESTIONAMENTOS, RESISTÊNCIAS, MOTIVAÇÕES)
- APRENDIZADOS ASSINALADOS
- MODOS DE APRENDIZAGEM
- RELAÇÕES FAMILIARES, SOCIAIS E LABORATIVAS
- CRENÇAS E CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS
- RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA E NAS PERCEPÇÕES A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
- AFETOS QUE POTENCIALIZAM OU CONSTRAEM

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INTEGRA-DTNS

Pesquisador: ELIANA AMORIM DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 89044418.3.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.428.373

Apresentação do Projeto:

Trata-se da reapreciação da emenda do projeto "INTEGRAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS: PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS E OPERACIONAIS PARA HANSENÍASE E DOENÇA DE CHAGAS NO SUS NO SUDOESTE DO ESTADO DA BAHIA" sob responsabilidade da pesquisadora Eliana Amorim de Souza. Tal emenda foi apreciada na 35ª reunião extraordinária no dia 09 de outubro de 2020, tendo sido aprovado o parecer de pendente.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao projeto original.

Na emenda os pesquisadores solicitaram o acréscimo de um objetivo específico, a saber: Compreender a vivência e desdobramentos do processo educativo sob a perspectiva de pessoas acometidas por hanseníase.

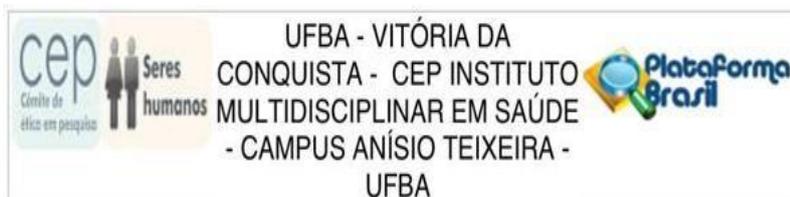
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer anterior de número 4.332.089.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na emenda apreciada na 35ª reunião extraordinária ocorrida no dia 09 de outubro de 2020, os

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.428.373

pesquisadores solicitaram a inclusão de um objetivo ao estudo e inclusão de um pesquisador. Os autores relataram que não haveria alteração em relação aos indivíduos que serão abordados, uma vez que, as entrevistas já estavam previstas no projeto original. A A emenda ficou pendente, pois o relator solicitou esclarecimento sobre o objetivo que foi acrescido ao projeto, a saber: "Compreender a vivência e desdobramentos do processo educativo sob a perspectiva de pessoas acometidas por hanseníase" ser aplicado também aos profissionais e gestores de saúde, como constava no TCLE dirigido à essa população. Questionou-se de tal objetivo não corresponderia apenas aos indivíduos portadores de hanseníase? Em resposta ao parecer os pesquisadores acrescentaram à Plataforma Brasil uma carta resposta ao parecer consubstanciado do CEP, esclarecendo que houve um "equivoco ao mexer na metodologia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de profissionais e gestores". Novo TCLE foi apensado à Plataforma Brasil, retirando tal objetivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em resposta ao parecer de número 4.332.089 os pesquisadores acrescentaram à Plataforma Brasil:

1. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1629644_E2.pdf
2. BrochuraEmenda2.docx
3. TCLE_emenda2.docx
4. Resposta_ao_parecer_emenda2.pdf

Recomendações:

Após analisar a carta resposta ao parecer consubstanciado de número 4.332.089 deste CEP e demais documentos com as alterações apensados na Plataforma Brasil, não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

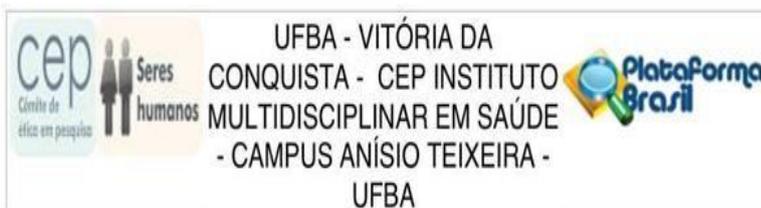
Não há conclusões ou pendências. Recomenda-se aprovação da emenda do referido projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 88ª reunião ordinária no dia 27 de novembro de 2020 sendo aprovado por maioria de votos.

Qualquer alteração ou modificação nesse projeto deverá ser encaminhada para análise deste

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.428.373

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 30 de Novembro de 2020

Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br