

# O PROBLEMA METODOLÓGICO E POLÍTICO DE RECOLHER EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS EM REGIÕES ARRISCADAS DA REALIDADE AMAZÔNICA: PROBLEMATIZAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Hélène Laperrière [\*]

---

[\*] PhD em Saúde Pública - University of Ottawa -  
helene.laperriere@uottawa.ca

## Resumo

O artigo reflete sobre o desaparecimento de evidências, como ameaças, riscos ou violências, nas práticas de promoção da saúde para convergir ao discurso social desejável na planificação e gestão em saúde. As agências internacionais projetam um mundo onde as subversões são ausentes. Poucos estudos se atrevem a discutir a censura de situações de ameaça de vida ao nível local em realizar as ações planejadas. Uma autoetnografia relata as experiências na região amazônica como moradora e enfermeira nos programas de controle da Hanseníase e da AIDS nos anos 90. Os resultados esquematizam o confronto entre o discurso consensual das agências internacionais, a gestão de programa em saúde e as observações de quem faz o trabalho.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas e projetos de saúde. Participação nas Decisões. Etnografia. Agências internacionais. Saúde na Fronteira. Educação popular em saúde.

## Introdução

Haverá um desaparecimento de evidências empíricas em avaliação participativa de modo a convergir com o discurso social hegemônico no planejamento e gestão em saúde? Poucos pesquisadores compartilham experiências de ameaças à vida quando convivem em áreas conflituosas. Cohen (2012) identificou as áreas conflituosas como ambientes nos quais a violência impede os trabalhos de campo, avaliações e pesquisas. Há uma ética tácita segundo a qual a segurança dos participantes tem prioridade sobre os objetivos de pesquisa e avaliação. Pérouse de Montclos (2012) aponta a ausência de crítica política nos relatórios oficiais como origem da falta de dados sobre as subtilidades do campo observadas pelos trabalhadores em saúde. Portanto, a autocensura permite evitar as afirmações comprometedoras contra colegas ou organizações. Sobretudo quando se tenta conjugar o rigor científico eurocêntrico com avaliações e intervenções complexas (BYRNE, 2013). Para viabilizar formas democráticas de colaboração entre intelectuais, gestores e trabalhadores da saúde, temos que considerar os desafios éticos, metodológicos e políticos envolvidos.

Nos anos 60, Raoul Narroll (1962) examinou o controle da qualidade dos dados em *cross-cultural studies* [pesquisa intercultural]. Ele mostrou a importância dos determinantes como a intensidade e a duração da imersão, o tipo de observação e o compromisso pessoal de participação dentro da cultura local (morar no mesmo espaço, falar a língua, participar de atividades sociais quotidianas da população). Quanto mais extensa a estadia, melhores serão as chances de que os fatos construídos estejam mais perto da visão compartilhada desta realidade social (NAROLL, 1962, p. 87-94). Quando alguém estabelece um contato direto com a realidade, o indivíduo adquire conhecimentos e os utiliza sem necessitar de regras estritas de justificação e de evidência (POLANYI, 1964, p. 403).

O artigo é um relato de experiências que apresenta a perspectiva do trabalhador em saúde, o *doer* na periferia de uma municipalidade ribeirinha da região amazônica. Mintzberg e Srinivas (2010) distinguem o desempenho do *doer* [trabalhador local, aquele que faz] daquela função do *helper* [colaborador, apoiador da ação do trabalhador local]. O trabalhador insere-se no contexto local, enquanto o colaborador apoiador é um cosmopolita que assessora de fora.

Uma autoetnografia reconstrói as narrativas como voluntária e pesquisadora avaliadora. Na década dos anos 90, atuei nos programas brasileiros de luta contra hanseníase e DSTs/HIV/AIDS, na elaboração de ações rurais de extensão ligadas a um centro de referência. Neste período, presenciei a municipalização da rede de saúde, a formação do Conselho Municipal de Saúde como tentativa de participação da sociedade civil, o Fórum Municipal de Saúde e a descentralização dos programas estaduais de saúde, a busca ativa para o controle da Hanseníase, a aparição dos projetos pilotos de prevenção das DSTs com as profissionais do sexo e o acesso gratuito a terapia para os portadores da AIDS. Por questão ética de confidencialidade coletiva, preservei não somente o anonimato dos participantes, mas também os nomes do projeto, do município, da região e do estado.

Os objetivos ligados à educação popular em saúde são : (a) abrir o debate sobre os aspectos éticos, metodológicos e transnacionais da produção de conhecimentos dirigidos aos programas em saúde ao nível microlocal; (b) abordar a censura existente em relação às ameaças à vida existentes em relação aos agentes envolvidos com ações planejadas de promoção e prevenção da saúde e (c) reinterpretar, com novas problematizações, as situações de avaliação participativa de programas de saúde em áreas conflituosas e com violência.

## **Metodologia**

Esta autoetnografia é uma praxis de reflexividade crítica atrelada às experiências de pesquisador com uma análise sociopolítico [evaluability assessment] para avaliação participativa (LAPERRIERE, POTVIN, ZUNIGA 2012). A releitura das notas de campo é um esforço de objetivar a subjetividade do pesquisador como forma de aprendizagem (FURTADO, LAPERRIÈRE & SILVA, 2014). Na sua argumentação sobre os limites das comparações transnacionais, Becker (2014) aponta o modelo de “renifleurs de complications” [detectores de complicações] para destacar elementos incomuns observados que escapam das análises de ferramentas convencionais, permitindo observar justamente o que se destaca pela ausência, a partir de casos únicos. O objetivo é descrever o caminho percorrido entre um projeto de saúde como proposição planejada por uma gestão até a implantação da ação intencionada para ajudar a população local. Uma releitura dos extratos audiovisuais, fotos e

relatórios de atividades (anos 90) e das notas de pesquisa (2004) destacou três momentos sucessivos da produção escrita de um relatório, iniciando com os planos determinados teoricamente até as tentativas de satisfazer as exigências e expectativas de ambas as agências financiadoras (nacionais e internacionais) e a gestão local. O retorno no campo como pesquisadora e avaliadora pode ser visto como um esforço de objetivar a subjetividade do pesquisador (BOURDIEU, 2001); uma única situação na qual eu vivia as aberrações entre a prescrição de uma participação social idealizada teoricamente e sua concretização empírica. A partir de um caso-exemplo, este artigo descreve os desafios em âmbito local, onde pares educadores tomam conta da prevenção, e os trabalhadores (*doers*) vivem no mesmo bairro. A ideia é compartilhar esta reflexão autoetnográfica com os estudantes e pesquisadores na área da educação popular em saúde.

### **Resultados: relatos inéditos**

Oficialmente, o programa de controle da hanseníase prescrevia ações intensivas de visitas domiciliares com exames dermatológicos, educação em saúde e assistência primária à saúde. Na nossa jurisdição municipal, as atividades de busca ativa de novos casos supunham visitas sistemáticas de cerca de cem comunidades ribeirinhas. Uma campanha de saúde pública combatia a discriminação das pessoas com hanseníase. A geografia obrigava-nos a enfrentar enchentes (meses de maio, junho e julho) e secas (meses de setembro, outubro e novembro). O modo de vida das populações ribeirinhas caracteriza-se por um ecossistema de várzea (SILVA, 2009). Encarei oito enchentes entre 1994 e 2000, e em 2004 e 2013. O transporte fluvial (por exemplo, embarcações chamadas em linguagem popular de “recreio” e “voadeiras”) tornava-se o único modo de penetrar nas comunidades ribeirinhas. O desastre natural cíclico da enchente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) constrangeu tanto as atividades cotidianas de sobrevivência das comunidades ribeirinhas quanto o planejamento das ações sanitárias fluviais. O nível do rio subia de três a cinco centímetros a cada dia e oscilava até 20 cm entre o nível baixo e alto. Nas várzeas, a inundação forçava a população ribeirinha a construir pontes provisórias dentro da moradia ou migrar para a terra firme.

Uma viagem típica durava de 15 a 30 dias em embarcação de madeira [o “motor”], que servia de moradia, onde bebíamos as águas do rio e, em certos casos, improvisávamos refeições com as fontes naturais das beiras. Às vezes, dois ou três colegas pescavam à noite a

fim de nos alimentar no dia seguinte. Testemunhando a precariedade das famílias isoladas durante as visitas, acabávamos por distribuir espontaneamente nossos recursos essenciais (alimentos, medicações, material). Para atingir as comunidades mais afastadas, precisava-se de até 48 horas de viagem para chegar à extrema demarcação fluvial do município. Depois, completávamos nossas visitas de voadeira através das ramificações dos afluentes do principal rio (diário de bordo, 6 de outubro de 1998). O alcance de uma única família podia significar de duas até três horas de voadeira. Muitas vezes, significou terminar a viagem em canoa antes de subir em pontes provisórias até a moradia. Afrontamos a possibilidade de afundar com nenhum acesso a qualquer socorro. Vivíamos a ameaça cotidiana das doenças tropicais (malária, hepatite A, disenteria, cólera etc.), dos animais e insetos (jacarés, piranhas, cobras, tarântulas, mucuins) e incidentes físicos (queimaduras do sol, falta de água potável).

Naquela época, um centro de referência administrava o programa das ações de controle da hanseníase. Fomos convidados a planejar projetos novos para nossa região. Intuímos que a OMS repassava o financiamento do nosso projeto municipal por Brasília, e o centro regional supervisava. Realizamos juntos três viagens fluviais (com 20 dias de duração cada) no período de cinco meses, em que alcançamos a maioria das famílias ribeirinhas das duas margens do rio pertencente ao município (diário de bordo, 20-25 Abril de 1999). No ano de 1999, a enchente atingiu uma altura recorde (DECASTRO e MCGRATH, 2001; MOURA E PERES, 2000; MOURA E MOREIRA, 2001). A maioria das moradias visitadas foram inundadas; em certos casos, tínhamos de penetrar pela abertura das janelas, onde podíamos observar as condições de moradia dos ribeirinhos, que tinham construído pisos temporários. As águas traziam a iminência de mutilação por jacarés, piranhas ou cobras (diário de bordo, 20-25 de Abril de 1999).

Como enfermeira voluntária, eu tinha a responsabilidade de escrever o relatório das ações realizadas para o centro de referência regional. Oficialmente, nossas ações intensivas levaram-nos a diagnosticar vinte e três novos casos de hanseníase. Alcançamos pacientes com falta de medicação. No total, conduzimos 8.734 exames dermatológicos e 1.722 ações educativas nas visitas domiciliares. Observamos situações de insegurança alimentar, de escassez de transporte fluvial, de moradia precária, além das emergências sanitárias e da insegurança psicológica das populações. Ilustrei que, devido à enchente, não encontramos

terra firme para amarrar nosso barco. Explícitei que devíamos moralmente prestar atenção ao desespero dos ribeirinhos encontrados nas visitas domiciliares. Os detalhes sobre sobrevivência, enchentes ou ameaças de morte eram inapropriados para uma avaliação quantitativa. O programa exigia preencher as tabelas determinadas com as estatísticas do número de exames dermatológicos realizados, das visitas domiciliares, da prevalência e da incidência de novos casos identificados. As informações (por exemplo, condições de moradia dos ribeirinhos e a enchente) eram “subjetivas” e deviam ser retiradas. Raciocinei que, antes de transferir os dados para os âmbitos nacionais e internacionais, a gestão regional podia sentir-se acuada a fazer convergir os relatórios de campo com os objetivos oficiais. Contudo, eu ignorava a função do meu relatório para o monitoramento do programa de detecção da hanseníase da Organização Mundial da Saúde. Aparentemente inocentes, detalhes tal como a descrição das condições precárias de vida, podiam tornar-se incômodos até altamente políticos.

No caso do Programa de DSTs/HIV/AIDS, um projeto piloto de educação pelos pares das profissionais do sexo iniciava-se em áreas de trabalho (flutuantes, bares, hotéis, parques públicos, ruas, escolas). Uma noite típica consistia em acompanhar as multiplicadoras (jornal de bordo, 22 Setembro – 24 Fevereiro de 2000). Nós observávamos os clientes e as profissionais dos bares flutuantes da zona portuária. As profissionais do sexo atendiam uma população em trânsito como os pescadores, viajantes, comerciantes. Ao caminhar fisicamente com as multiplicadoras, observávamos as negociações e o tráfico com populações usando substâncias ilegais; às vezes, ouvíamos até tiros nos flutuantes. Assistimos às profissionais do sexo que enfrentavam lesões por tentativa de suicídio ou brigas e, uma vez, fugimos correndo de um indivíduo nos ameaçando com um facão. Por sermos moradores do município, vivíamos ininterruptamente em contextos de vulnerabilidade (incerteza, insegurança e violência). No final, se quisesse nos chantagear, um cliente ou um traficante sabia exatamente onde habitávamos. Apesar de ser um programa de saúde, as ações de prevenção com profissionais do sexo traziam-nos para dentro de um micro-contexto arriscado que era afetado por instáveis atores sociais (por exemplo, políticos, polícia militar, traficantes, comerciantes). Tínhamos de ficar neutros e reafirmar publicamente este distanciamento. A imprevisibilidade deste micro-contexto social requeria capacidades pessoais versáteis. O trabalho exigia o desenvolvimento de habilidades para entender as reações culturais diferenciadas sobre o que

pertence ao projeto e o que fica fora dele. Havia iniquidades socioeconômicas entre nós e os múltiplos atores sociais envolvidos no trabalho do sexo. Como moradores do município, tínhamos de avaliar as esquinas, ruas, redes, onde podiam acontecer homicídios. Este assunto não era discutido nas correspondências oficiais.

### **Avaliação**

Em 2004, retornei à região amazônica para conduzir uma avaliação participativa do projeto de educação de DSTs/AIDS. Resolvi viver a menos de 500 metros das áreas do trabalho sexual. Esta abordagem etnográfica analisaria o projeto com os múltiplos atores sociais (HOUSE e HOWE, 1999). Enfatizei o ponto de vista daquelas que se beneficiavam do projeto (trabalhadoras do sexo) e os pares-educadores, aqueles que facilmente são ignorados na tomada de decisão. Os participantes potenciais incluíam os atores locais diretos (usuários, pares-educadores, a estrutura social das áreas de prostituição, incluindo os clientes, os donos de bares etc., os atores locais indiretos), a rede sóciosanitária (profissionais e gestores do serviço de saúde), aparato político e legal (gestão pública, aparato cultural, policial e militar), representação da comunidade local em geral, setor religioso e os atores nacionais e internacionais (centros de referência, políticos, comunidade científica). Estávamos no período das eleições municipais (2004). Alguns questionaram minha presença como se fosse para o proselitismo político, em busca de votos. Expliquei minha intenção de preservar a neutralidade entre os dois candidatos municipais. Tal neutralidade parecia impossível por quem sobrevive pela escolha do lado certo. Um participante comentou: *“Você voltou porque apoia o candidato X [atual] ou Y [oposição]: tem que escolher seu lado”*.

Do projeto inicial, cresceram três projetos de educação pelos pares em DSTs/HIV/AIDS, sendo um com homens que fazem sexo com homens (HSH), outro com as trabalhadoras do sexo e um terceiro com jovens de bairros periféricos. Modifiquei o protocolo para incluir os três projetos dentro do processo de avaliação participativa. Habitando no campo de pesquisa, as atividades oficiais duraram cinco meses com 23 sessões intensivas de participação observante nas quatro maiores áreas de trabalho do sexo (dia e noite) e dois cárceres (homens e mulheres); visitas aos lugares do projeto e às clínicas de saúde, aos lares das famílias dos pares-educadores e das trabalhadoras do sexo (com convite pessoal), aos serviços municipais de saúde e às organizações comunitárias; 21 entrevistas semiestruturadas



individuais e 18 entrevistas coletivas. Um diário de campo forneceu o material para analisar o contexto sociopolítico que, inevitavelmente, influenciaria o processo e as respostas dos participantes.

Antecipei os perigos. Morávamos na proximidade de estruturas organizacionais ligadas às atividades ilícitas. O fato de “dar uma impressão” de saber alguma informação era tão arriscado quanto investigar sobre redes informais de poder. Talvez os participantes – que me observavam há anos – eram menos relutantes ao falar abertamente sobre as significações dos comentários ou opiniões. Recomendei aos participantes ocultar informações que os colocassem em risco.

### **“Objetividade” das prescrições administrativas versus “subjetividade”**

Ao analisar este material de pesquisa, perguntei-me: por que minha autocensura? De onde vem? Descrevo a autocensura em três momentos que ilustram etapas nos processos de reflexão.

#### *O primeiro momento: respeito aos atores em posição vertical de poder e influência*

Antes de voltar à região norte, a universidade (no Canadá) e a instituição local (no Brasil) deviam aprovar o protocolo (científico e ético). Ao retornar, as instituições da rede municipal de saúde foram consultadas para consentir ou não com o projeto de avaliação. A parceria concretizou-se com a utilização do prédio dos projetos de educação pelos pares, o engajamento das coordenações, assim como a legitimação da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMSA). Voltando a morar na mesma casa, eu devia implantar as ações aprovadas pelas autoridades superiores ao nível internacional (universidade), regional (centro de referência) e municipal (SEMSA). A tensão iniciou-se quando, de um lado, as instâncias regionais e municipais esperavam uma confirmação do sucesso dos projetos; de outro lado, os beneficiários destas intervenções (usuários, profissionais do sexo, multiplicadores) entendiam o projeto de pesquisa avaliativa como uma forma de melhorar as condições de vida.

De um lado, a academia considera uma *pesquisa universitária* como uma atividade neutra e imparcial; de outro lado, os moradores a percebem como uma *investigação*. Uns participantes perguntaram se as autoridades municipais tinham aprovado a participação deles



na pesquisa. Qual tipo de informação iria ser publicada no município? A um ponto, admitiram que havia agentes infiltrados nos projetos de prevenção das DSTs/HIV/AIDS e, logo, nos grupos de entrevista coletiva da pesquisa avaliativa. Uma revelação sobre limites dos projetos, insignificantes que sejam, ia ser intuída como uma crítica da gestão municipal. Descobri que a estrutura informal do poder local influenciava o andamento do projeto, por exemplo, o consentimento de participar ou não da pesquisa. Ao deixar os multiplicadores (considerados subalternos da rede) tomar decisões no processo de avaliação, senti as pressões; eu persistia em guardar um conceito norte-americano de participação social e democracia.

*O segundo momento: o silêncio produzido pelas expectativas formais de rigor*

Para escapar de potencial acusação de ser um espião, que transmite informação interna afora ao estrangeiro (ZENOBI, 2010), calar-se era uma opção de sobrevivência. Alguns participantes (profissionais do sexo e multiplicadores) questionaram o significado de uma participação na qual tinham de “*compartilhar [divulgar] informação*”. Qual seria o impacto desta publicação por elas? As relações misturavam-se entre atores sociais das estruturas sanitárias, policiais, legais, governamentais, culturais e criminais. Éramos avisados de que a participação nas entrevistas coletivas podia terminar em confissões espontâneas, cuja livre expressão ia ser alvo de atos violentos simbólicos ou físicos. O período pré-eleitoral exacerbava estas tensões. Ao fim, os beneficiários dos projetos iam ser mulheres profissionais do sexo que eram classificadas como a “*ralé*” (SOUZA, 2011) no município. Elas usavam códigos sutis e sofisticados para testar como eu ia manter segredos. Será que eu poderia divulgar informação indiscreta nas conversas fora do grupo? Será que eu possuía o juízo de alterar as respostas nos resultados de pesquisa?

Em outro momento, antes da entrevista, um participante central (politicamente influente) falou: “Sim, lembro de você. Você era amiga de...” (2004, conversaçoão pessoal). Era um aviso sutil de que ele estava de olho em mim; ambos sabíamos sobre as circunstâncias suspeitas da morte do filho desta amiga. Conversações privadas juntavam-se para indicar o risco de trabalhar como enfermeira nas áreas de trabalho sexual. Durante as mudanças pós-eleitorais, havia constantemente a ameaça de perder o emprego, sobretudo com a municipalização dos serviços de saúde (monopólio dos empregos na rede de saúde municipal).

Nas fronteiras internacionais, a região amazônica atrai tráficos ilícitos, transição de população clandestina ou invasão de terra (TORRES e OLIVEIRA, 2012; GUIMARAES e SANTOS, 2013; CRB, 2015). Métodos de intimidação reforçavam autocensura (por exemplo, desaparecimentos e homicídios). Tinha de ocultar qualquer evidência inoportuna, por exemplo, informação sobre redes camufladas entre oponentes. Discutimos abertamente sobre as considerações éticas de expor “verdades” indesejadas. Concordamos que qualquer observação sobre potenciais gangues, traficantes de drogas, políticos ou Forças Armadas devia manter-se secreta. Como escrever ou publicar as incoerências do campo nos relatórios oficiais, na tese universitária e nas publicações? Neste sentido, o formato do discurso oficial da academia conferia o silêncio. Poderia revelar aos níveis superiores (regional e internacional) e nas conferências científicas? Deveria escrever de forma enigmática sobre as discrepâncias entre as práticas observadas e os programas de saúde?

*O terceiro momento: a penosa produção de um discurso ascendente*

Permaneci de propósito lá com os participantes. Achava que sentir a atmosfera social ajudaria para analisar e compartilhar rapidamente os resultados aos participantes (profissionais do sexo, multiplicadores, coordenadores de projetos, centro de referência regional). Morando no município, ao reler as respostas, sentia a insegurança das condições mínimas dos habitantes (barco de madeira, rede, sem acesso a transporte de urgência, limitação de eletricidade e água), as divergências políticas (mobilização dos funcionários na pré-eleição), falta de material para pesquisar (computador, internet, fotocopiadora, papel), a vulnerabilidade ao clima e geografia (enchentes, calor extremo, chuva, temporal, mosquitos de malária e dengue), a criminalidade em nosso bairro (gangues, algumas ligadas a participantes). Neste período (2004), havia uma comissão de investigação sobre supostas ações ilícitas de policiais e uma CPI sobre o tráfico humano na região amazônica.

Para ultrapassar o medo de escrever, eu tentei produzir um discurso que concentraria uma linguagem híbrida, cientificamente aceitável e próxima das experiências vivenciadas no campo. Contudo, o discurso devia ser suficiente dessocializado, despolitizado e exportável para ser publicado. Tinha que tomar a decisão: verdade, meia-verdade ou verdade em parte? Manter-me evasiva apareceu como a escolha mais saudável. Mesmo ao suavizar o tom das

idiossincrasias e singularidades, eu fiquei moralmente comprometida com os multiplicadores e os coordenadores dos projetos de prevenção das DSTs/AIDS (níveis “subalternos”). Baseado na teoria do *ato-poder* de MENDEL (1998), acreditava que eles iriam reapropriar-se da avaliação para se defender e tomar decisões frente à gestão municipal.

### **Análise**

Quando os programas de AIDS do Ministério da Saúde brasileira reconhecem a importância das comunidades locais (CHEQUER et al., 2006), eles esperam que a metodologia seja neutra e cientificamente rigorosa. Durante uma conferência internacional em 2006, eu falei sobre estas aberrações. No auditório, um participante me calou, insistindo que não existia perigo na região amazônica. De fato, houve homicídios de estrangeiros conhecidos publicamente nesta área: dois americanos, uma religiosa e um antropólogo (ACRÍTICA, 2005a, 2005b). Mais ainda, uma comissão brasileira dos direitos humanos estava investigando sobre pedofilia e tráfico humano (TORRES e OLIVEIRA, 2012; ACRÍTICA, 2013, REB, 2015). Estatísticas mostram que o Brasil, um país sem guerra civil ou conflitos étnicos, religiosos e terroristas, soma até 206.005 homicídios em quatro anos (2008-2011) – mais que o número dos doze grandes conflitos armados no mundo e quase o mesmo número que as 62 guerras que aconteceram durante este mesmo período (WAISELFISZ, 2013, p. 20-21). As regiões Norte e Nordeste experimentam crescimento significativo de homicídios por 100.000 habitantes.

É ingenuidade esperar que os informantes municipais irão dizer toda e unicamente a verdade numa entrevista. Porque iriam reportar incidentes políticos como a corrupção, o tráfico humano ou o uso ilícito de droga? Como Edwards (1953) contextualizou no meio do século passado, a expectativa social convida o participante a dar uma resposta (comportamentos, opiniões ou atitudes) segundo convenções sociais. Fora que, neste contexto, autores latino-americanos como Paulo Freire (1980), Orlando Fals-Borda (1980/1992), Rodolfo Stavenhagen (1971/1981), Pablo González Casanova (1965/2002) e Ricardo Zúñiga (1975), contribuíram com a longa tradição latino-americana de análise derivada da teoria da dependência, cuja crítica considerava a determinação sócio-política da produção dos conhecimentos.

Quando há discordância entre os resultados esperados e a realidade observada, discutir francamente sobre estas “irregularidades” é inexequível. Pérouse de Montclos esquematiza: “As

organizações não-governamentais promovem análises quantitativas para agradar os doadores, insistindo no sucesso em vez dos erros, e as agências internacionais, como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, evitam relatórios que comprometem qualquer um” (2012, p. 156, livre tradução do inglês).

Em âmbitos superiores de difusão – as agências nacionais e internacionais –, prescreve-se a publicação de resultados através de um discurso de participação e descentralização. Marques (2002, p.57) ressaltou que, no Brasil, “os acordos internacionais, principalmente aqueles com o Banco Mundial, firmados a partir de 1993, passaram a ser os grandes mantenedores das ações programáticas referentes ao confronto com o HIV/Aids”. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Banco Mundial (BM) e o Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS (UNAIDS) posicionam os contextos locais (região, país) dentro de uma lógica unânime e consensual (veja UNDP, n.d., 2005, 2009a, 2009b, 2012; UNAIDS, 2009; UNAIDS/WB/UNDP, 2005). Os websites revelam que os avaliadores e pesquisadores de sucesso terão de traduzir seus protocolos em termos genéricos. A imagem de globalização ilustra um mundo no qual conflitos e perigos são ausentes dos relatórios dos programas de saúde, como se vê no estilo da UNDP (n.d., 2005, 2009a, 2009b, 2012), da UNAIDS (2009) e da UNAIDS/WB/UNDP (2005). As agências internacionais ditam explicitamente o tipo de governança esperado: “Descentralização refere-se a uma reestruturação da autoridade, de modo que há um sistema de corresponsabilidade entre as instituições de governança à esfera central, regional e local segundo o princípio de subsidiariedade” (UNDP, 2004, p. 4, livre tradução do inglês). A imposição é evidente: “As políticas de descentralização influenciam o câmbio em âmbitos nacional e local com um impacto direto nas instituições, nas comunidades e nos indivíduos” (UNDP, 2008, livre tradução do inglês). A UNDP oferece fundos para projetos que focalizam nas práticas democráticas determinadas por ela. Um exemplo é um projeto na Colômbia que recebeu fundos para a “expansão das capacidades dos níveis nacional, regional e local de governança, para reduzir conflitos e gerenciar uma distribuição equável dos serviços públicos” (UNDP, 2012, p. 60, livre tradução do inglês).

Apesar de um discurso sobre as práticas de participação local e democracia (UNDP, 2004, 2012), poucos estudos enfocam os perigos envolvidos na gestão municipal em saúde, avaliação e pesquisa, quando se é também um morador do mesmo município. As estruturas formais (instituições reconhecidas) e as redes sociais informais estabelecem uma lógica simbólico-cultural nas sociedades contemporâneas latino-americanas (LOMNITZ, 2008). Um

recente estudo de caso em três cidades brasileiras sobre a gestão e o controle social na saúde considera a continuação histórica do “mandonismo” como “forma personalizada de poder que é exercido por alguém que controla algum recurso estratégico e desempenha sobre a população um domínio pessoal e arbitrário” (NETO, 2012, p. 84). As agências internacionais descontextualizam os programas de saúde como se a “participação e a emancipação” da sociedade civil fossem possíveis através do suporte técnico de agentes externos e “sem tocar as relações de poder” (BORDE, ALVAREZ, PORTO, 2015). Assim, as agências internacionais reforçam as relações de poder hierárquicas e verticais através de um discurso social desejável.

Quando pesquisadores e participantes convivem e coabitam no mesmo bairro, com estruturas políticas personalistas, acessam a informação secreta que explica a desorganização da implantação de um projeto de saúde que, por sua vez, foi baseado em evidência politicamente correta. As comissões de ética em pesquisa, tanto no Brasil quanto em outros países, consideram a relação pesquisador-participante um espaço no qual se “constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas” (CNS 1990). Nesta ficção de um mundo de iguais, elas oferecem poucas sugestões sobre áreas conflituosas. Buscaremos respostas na determinação social dos conhecimentos derivada da teoria da dependência (VIEIRA PINTO, 1979; ZUNIGA, 1975; BREILH, 2006; SANTOS, 1985, 2014; CASANOVA, 1965,2002; STAVENHAGEN, 1981).

A partir daí, novas problematizações emergem: até que ponto as estruturas hierárquicas altas preocupam-se com a constituição dos atores sociais no espaço das decisões políticas locais? Até que ponto são banalizados os riscos de vida para aqueles que fazem as ações prescritas?

## **Conclusões**

Os trabalhadores locais, que batizo de proletários e artesões, devem oscilar entre a dissonância e a meia-convergência dos dois mundos. Qual, então, será o discurso que pode apresentar esta voz enraizada, uma que seja significativa das experiências locais para um público longe delas?

Este artigo oferece três lições. Primeiro, revela como a avaliação formal pode

obscurecer o trabalho realizado pelos trabalhadores da saúde habitando o mesmo local que os usuários. Um desastre como a inundação tem impactos sociais, psicológicos e de saúde severos na população (CARROLL et al. 2008); impacta também os trabalhadores que oferecem cuidados e assistência para a população, especialmente quando os membros da família deles vivem situações similares. Somente uma estadia imersa na situação compartilhada permite perceber a sutileza dos papéis e redes sociais que influenciam as respostas dos participantes.

Segundo, o artigo abre o debate sobre os perigos que os habitantes e trabalhadores locais enfrentam juntos, para os quais se necessita de um compromisso pessoal. Ao longo do tempo, habitantes e trabalhadores compartilham do mesmo bairro e das estruturas políticas, o que, por sua vez, significa que os moradores terão acesso a informação secreta que pode desorganizar a programação de um projeto de saúde, baseada em evidência “politicamente correta”.

Terceiro, ele critica as ações de programas universalistas de saúde e a gestão destes em região arriscada e de fronteira. Especialmente, ele oferece uma voz para as atividades cotidianas censuradas que confrontam com a confiança cega aos níveis superiores.

Santos (2014) observa que a ciência não é a única maneira válida de conhecer o mundo. Podemos permanecer ingênuos em nossa leitura ao não ter consciência de que os relatórios e publicações excluem e não dizem. A informação local é retirada convencionalmente das publicações. Através da descontextualização, o conhecimento inconveniente é descartado, particularmente aquele do trabalhador local. Ainda mais, muitos tópicos continuam intocáveis, como escreveu Rodolfo Stavenhagen nos anos 60: “Quantos estudos temos sobre as elites políticas e o processo de tomada de decisões [...] do coronelismo regional; da influência das missões diplomáticas estrangeiras no cenário da política nacional [...], as quais usam os grupos dominantes para manter o status quo” (1981, p. 187, livre tradução do inglês). Uma maneira de reduzir os conflitos ideológicos nas relações internacionais é evitar de tratar dos contextos sociopolíticos nas pesquisas transnacionais (CASANOVA, 2002). Assim, a mensagem tácita é: melhor evitar problemas que são politicamente inaceitáveis... Ou seja, estar preparado para receber as repercussões negativas de quebrar a regra do silêncio.

## Referências

ACRÍTICA. **Morte de missionária é apurada.** Acrítica, Manaus, 13.02.2005.

ACRÍTICA. **EUA podem enviar agentes para ajudar na investigação da morte.** Acrítica, Manaus, 15.08.2005.

ACRÍTICA. **Pesquisa aponta que aeroporto é utilizado como rota do tráfico de mulheres em Manaus.** Acrítica, 4.03.2013.

BECKER, HS. **La bonne focale.** Paris: La découverte, 2014.

BORDE, E. ; ALVAREZ, M.H. ; PORTO, M.F.S. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana. **Debate em saúde**, v. 39, n. 106, p. 841-854, Sept. 2015.

BOURDIEU, P. **Sciences de la science et réflexivité.** Paris : Raisons d’agir, 2001.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BYRNE, D. Evaluating complex social interventions in a complex world. **Evaluation**, v. 19, n. 3, p. 217-228, 2013.

CARROLL, B.; MORBEY, H.; BALOGH, R.; ARAOZ, G. Flooded homes, broken bonds, the meaning of home, psychological processes and their impact on psychological health in a disaster, **Health & Place**, v. 15, n. 2, p. 540-547, 2009.

CASANOVA, P. G. **Exploração, colonialismo e luta pela democracia na América Latina.** Petrópolis: Vozes, 2002.

CHEQUER, P.; SIMÃO, M. B. G.; CORTES, J. UNGASS **Monitoring: A joint construction between the Brazilian Government and the Civil Society. Paper presented at the XVI International AIDS.** Conference, Toronto, 13-18 Augusto 2006.

CONFERÊNCIA DOS RELIGIOSOS DO BRASIL. **Encontro internacional de formação.** O grito pela vida que vem da Amazônia – não ao tráfico de pessoa. Manaus, Amazonas, Brasil, 04-08 de Março 2015.

COHEN, B. B. Conducting evaluation in contested terrain: challenges, methodology and approach in an American context. **Evaluation and Program Planning**, v. 35, p. 189-198, 2012.

DECASTRO, F.; MCGRATH, D. **O manejo comunitário de lagos na Amazônia.** Parcerias estratégicas, v. 12, p. 113-126, 2001.



EDWARDS, A. L. The relationship between the judged desirability of a trait and the probability that the trait will be endorsed. **Journal of Applied Psychology**, v. 37, p. 90-93, 1953.

FALS-BORDA, O. (1992). La ciência y el pueblo: nuevas reflexiones. In: SALAZAR, M.C. (org). **La investigación acción participativa: inicios y desarrollos**. Bueno Aires, Humanitas, p. 65-84., 1992 [original publicado em 1980].

FREIRE, P. **Conscientização**. Teoria e prática da libertação. São Paulo, Morães, 1980.

FURTADO, J.P., LAPERRIÈRE, H. & SILVA, R.R. **Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação**. Saúde em debate 38(102): 468-481, 2014.

GUIMARÃES, R.B.; SANTOS, I.G. dos. Homicídios na Amazônia legal e a violência no arco do desmatamento. In: OLIVEIRA, J.A. (org). **Espaço, Saúde e Ambiente na Amazônia: Ensaio de geografia da Saúde**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

HOUSE, E.; HOWE, K.R. **Values in evaluation and social research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

LAPERRIÈRE, H., POTVIN, L. & ZUNIGA, R. A socio-political framework of evaluability assessment for participatory evaluations: how to make sense of the power differences in programs that involve the State and Civil society? **Evaluation** 18(2): 246-259, 2012.

LOMNITZ, L. A. **Lo formal y lo informal en las sociedades contemporáneas**. Santiago, Chile: Centro de investigaciones Diego Barros Arana, 2008.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. p. 41-65, 2002.

MENDEL, G. **L'acte est une aventure**. Paris: La Découverte, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN Enchentes no Norte e Nordeste do Brasil 2009**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Comitê das Enchentes, 2009.

MINTZBERG, H.; SRINIVAS, N. **Juxtaposing doers and helpers in development**. **Community Development Journal**, v. 45, n.1, p. 39-57, 2010.

MOURA, E.; PERES, L.V. **Aspectos demográficos, sócio-econômicos e de saúde da população ribeirinha durante a enchente de 1999 na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá** (região do Médio Solimões- Amazonas). IDS, Mamirauá, Brazil, 2000.

MOURA, H.A.; MOREIRA, M.M. A população da região Norte : Processos de ocupação e de urbanização recentes. **Parcerias estratégicas**, v. 12, p. 215-238, 2001.

NETO, A.F.P. **Conselho de favores**. Controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

NAROLL, R. **Data quality control**. A new research technique. Prolegomena to a cross-cultural study of culture stress. New York: Glencoe, 1962.

PÉROUSE DE MONTCLOS, M.-A. Humanitarian action in developing countries: who evaluates who? **Evaluation and Program Planning**, v. 35, p. 154-160, 2012.

POLANYI, M. **Personal knowledge**. New York: Harper & Row, 1964.

SANTOS, B.S. **Epistemologies of the South. Justice against epistemicide**. Herndon : Paradigm, 2014.

SILVA, M. DO PERPÉTUO SOCORRO CHAVES da. **Aqui é melhor do que lá: representação social da vida urbana das populações migrantes e seus impactos socioambientais em Manaus**. Manaus: Editora da UFAM, 2009.

STAVENHAGEN, R. (1981). **Between underdevelopment and revolution**. A Latin American perspective. New Delhi: Abhinav, 1981.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Joint action for result outcome framework 2009-2011**. Geneva: UNAIDS, 2009.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS/WORLD BANK/UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (2005). **Mainstreaming HIV and AIDS in sectors & programmes. An Implementation Guide for National responses**. Geneva: UNAIDS/World Bank/PNUD, 2005.

TORRES, I.C., OLIVEIRA, M.M. **Tráfico de mulheres na Amazônia**. Florianópolis: Editora Mulheres.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (s.d.), **The role of participation and partnership in decentralized governance: a brief synthesis of policy lessons and recommendations of nine country case studies on services delivery for the poor**. [Robertson Work, org].

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Decentralized governance for development: a combined practice note on decentralization, local governance and urban/rural development**. New York: Democratic Governance Group, Bureau for Development Policy, 2004.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **National Development Planning and Implementation**: Strategy Note and Guide, 2005.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Decentralization and Human Development**. HDR Networks 18, 2008.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **The Millennium development goals Report**, 2009a.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Handbook on Planning, Monitoring and Evaluating for Development Results**, 2009b. New York: UNDP.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Democratic governance thematic trust fund**. 2011 Annual report, 2012. New York: UNDP.

VERON, E. Ideología y producción de conocimientos sociológicos em América Latina. In: CORTÉS, R. (Org). **Ideología y realidade nacional**. Buenos Aires **Tiempo Comtemporáneo**, 1970.

VIEIRA PINTO, A. **Ciência e existência**. RJ: Paz e Terra, 1979.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2013. Homicídios e juventude no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA-Flacso Brasil, 2013.

ZENOBI, D. O antropólogo como "espião": das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 471-499, Oct. 2010.

ZÚÑIGA, R. **The experimenting society and radical social reform**. The role of the social scientist in Chile's Unidad Popular experience. *American Psychologist*, February, 99-115, 1975.

**THE METHODOLOGICAL AND POLITICAL PROBLEM OF COLLECTING EMPIRICAL EVIDENCE IN RISKY REGIONS OF AMAZONIAN REGION: PROBLEMATIZATION FOR PEOPLE EDUCATION IN HEALTH**

**ABSTRACT**

This paper reflects on the disappearance of field evidence about intimidation, risks ou violence in health promotion practices to fit a socially desirable discourse in health planning and administration. International agencies depict a global world where subversions are out. Few studies dare mention the censured local reality and the life-threatening situations to conduct the actions planned. An autoethnography gives an account of the experiences in Amazonian region as a resident and nurse for the Leprosy and AIDS control programs in the 90s. The results portray the clash between the consensual discourse of the international agencies, the program health administration and observations from the ones who do the job.

**Keywords:** Evaluation of health project and programs, Participation in Decisions, Ethnography, International agencies, Health at the Frontier, Sex workers, Nursing.

**EL PROBLEMA METODOLÓGICO Y POLÍTICO PARA RECOGER EVIDENCIA EMPÍRICA EN REGIONES DE RIESGO DE LA REALIDAD AMAZÓNICA:PROBLEMATIZACIONES PARA LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD**

**RESUMEN**

El artículo reflexiona sobre la desaparición de pruebas, como las amenazas, riesgos o violencia en las prácticas de promoción de la salud para converger el discurso social deseable en la planificación y gestión en salud. Organismos internacionales proyecten un mundo donde faltan registros de subversión. Pocos estudios se atreven a hablar de censura de situaciones peligrosas para la vida a nivel local cuando llevar a cabo las acciones planificadas. Una autoetnografía narra las experiencias en la región amazónica como residente y enfermera en los programas de control de la lepra y el SIDA en los años 90. Los resultados indican la confrontación entre el discurso consensual de organismos internacionales, administración de programas de salud y las observaciones de quien hace el trabajo.

**Palabras clave:** Evaluación de programas de salud. Participación. Etnografía. Salud en la frontera. Popular educación en la salud. Enfermería.

---

Recebido em 07 de fevereiro de 2019 e aprovado para publicação em 25 de fevereiro de 2019.