

Acoplamentos deleuzianos na saúde coletiva brasileira

Deleuzian Connections in Brazilian Collective Health

LUIZ GUSTAVO DUARTE¹

MAIRA SAYURI SAKAY BORTOLETTO²

Resumo: Este artigo explora as ressonâncias entre o pensamento de Gilles Deleuze e a emergência da saúde coletiva no Brasil. Discute-se como conceitos-ferramenta (rizoma, devir, cartografia), incorporados a partir da Reforma Sanitária, da criação do Sistema Único de Saúde e da reforma psiquiátrica, tensionam o paradigma biomédico e a racionalidade estatal. Ao operar linhas de fuga diante de capturas institucionais e neoliberais, o pensamento deleuzeano fomenta novas possibilidades de subjetivação, cuidado e produção de conhecimento na saúde coletiva.

Palavras-chave: Gilles Deleuze. Saúde coletiva. Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article investigates the resonances between Gilles Deleuze's thought and the emergence of Collective Health in Brazil. It analyzes how tool-concepts such as rhizome, becoming, and cartography, adopted following the Sanitary Reform, the establishment of the Unified Health System (SUS), and the Psychiatric Reform, place the biomedical paradigm and state rationality in tension. By operating lines of flight against institutional and neoliberal captures, Deleuzian thought promotes new possibilities for subjectivation, care, and knowledge production in the field of Collective Health.

Keywords: Gilles Deleuze. Collective health. Brazilian Unified Health System (SUS).

¹ Docente efetivo no Instituto Federal do Paraná - IFPR, campus Palmas, Colegiado de Enfermagem. Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEL) em 2024. Mestre pelo mesmo programa em 2020. Graduado em enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Graduado em Filosofia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Membro do grupo de pesquisa "Trabalho, Cuidado e Saúde" e docente colaborador no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UEL. CV Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9658376428781024> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3196-5174> E-mail: lgduarte@proton.me

² Doutorado em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Estadual de Londrina – UEL. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho, Cuidado e Saúde". CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5442342565231121> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3196-5174> E-mail: mairuska@gmail.com

Introdução

As obras de Deleuze, tanto suas escritas individuais quanto aquelas em parceria com Guattari, tiveram efeitos significativos em diversos campos do conhecimento ao longo do século XX, com reverberações que se estendem ao presente século. Entre suas contribuições, destaca-se a filosofia da diferença, a crítica à psicanálise edipiana originária dos estudos de Freud, e a discussão sobre o inconsciente maquínico, que deram base à proposta da esquizoanálise, por exemplo. Essas produções impulsionaram debates em áreas como psicologia, psiquiatria e psicanálise, mas também se expandiram para o cinema, a arte e a cultura, como exemplificado nas obras *Cinema 1: A Imagem-Movimento* e *Cinema 2: A Imagem-Tempo*.

No Brasil, um dos desdobramentos do pensamento de Deleuze ocorreu no campo da saúde coletiva, onde conceitos foram incorporados e ampliados, influenciando a construção e o desenvolvimento dessa área enquanto campo científico e quanto movimento. Para entender como esses acoplamentos se estabeleceram ao longo do último século, é necessário contextualizar a Saúde Coletiva tanto como campo científico e movimento social, quanto considerar a disseminação das ideias de Deleuze entre profissionais e pesquisadores. Assim, este artigo visa explorar os emaranhamentos entre o pensamento de Deleuze e o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil, destacando as influências e as novas perspectivas surgidas dessas relações.

Considerando a natureza ampla e inesgotável deste tema, o objetivo deste artigo é apresentar, a partir das perspectivas dos autores, uma análise que expressa apenas uma das muitas possíveis abordagens. Ao longo do texto inicialmente apresentaremos uma breve contextualização sobre como o campo da Saúde Coletiva emerge de uma prática nômade, a partir de um processo crítico às políticas públicas em saúde realizadas até então, orientadas por um biopoder médico-sanitário, que produziam um modelo de Saúde Pública, ciência de Estado, marcado pela medicalização, hospitalocentrismo e normatividade. Em seguida, abordaremos a introdução do pensamento de Deleuze entre pensadores, acadêmicos e trabalhadores da saúde no Brasil, explorando como suas ideias foram

progressivamente incorporadas nas produções locais da Saúde Coletiva. Por fim, será examinado como as produções da Saúde Coletiva brasileira utilizaram as reflexões e conceitos deleuzeanos, seja de forma autônoma ou em colaboração com Guattari, para manter a Saúde Coletiva em um território nômade, voltado para a produção de vida.

Saúde coletiva como nomadismo entre a hegemonia da saúde pública tradicional

O processo de construção de uma abordagem adequada à realidade brasileira, no campo da saúde brasileira, foi marcado por tensões entre forças que buscavam preservar a ordem estabelecida e aquelas que desejavam romper com práticas tradicionais, as quais, muitas vezes profundamente enraizadas no colonialismo. Nesse contexto, houve uma disputa entre grupos conservadores, que tentavam manter um modelo restritivo, e aqueles que defendiam rupturas significativas com as práticas vigentes.

Essas tensões estiveram presentes ao longo da história das políticas de saúde, manifestando-se em momentos de resistência e em movimentos sociais que se opunham aos modelos dominantes. Para compreender essas contribuições e resistências no campo da saúde coletiva, é essencial realizar uma contextualização histórica dos marcos decisivos que contribuíram para o pensamento e o desenvolvimento desse campo no Brasil.

Desde o período colonial até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, após o fim da ditadura militar, a trajetória das políticas de saúde no Brasil foi marcada por modelos hegemônicos que prevaleceram por longos períodos. Embora tenha existido uma diversidade de abordagens e arranjos capilarizados que funcionaram como linhas de fuga, a saúde como política pública, permaneceu predominantemente centrada em uma visão biomédica, com foco essencialmente nas doenças, relegando a segundo plano as questões sociais e econômicas que influenciam a saúde da população.

Em uma breve contextualização, no século XIX predominava a teoria miasmática, que considerava os miasmas — ar nocivo — como os principais

causadores de doenças. Contudo, após a descoberta dos microrganismos, o paradigma do campo científico é reorientado por uma abordagem conhecida como Teoria Unicausal, ou seja, todas as doenças seriam, a partir de então, investigadas na busca de seu “microrganismo” causador (Loch et al., 2017). Nesta época também há a expansão, tanto na Europa e seguidamente no Brasil, de modelos médico-sanitários e médico-policiais com ações sobre as populações urbanas e classes sociais mais pobres. No Brasil, figuras como Oswaldo Cruz, no início do século XX, lideraram campanhas sanitárias focadas na vacinação e no controle da higiene espacial, para conter surtos de varíola e febre-amarela. Essas iniciativas estavam profundamente atreladas às ideias de higienização e eugeniação do Brasil, em um contexto de rápido crescimento populacional nas cidades (Stepan, 2005).

Três acontecimentos ilustram marcadamente esse período. O primeiro, ocorrido em 1893, foi a expulsão das famílias que residiam no cortiço Cabeça de Porco, no Rio de Janeiro, seguida da demolição do local, conduzida pelo então sanitarista e prefeito Barata Ribeiro (Paula, 2003). O segundo evento refere-se à reforma urbana da Avenida Central, iniciada em 1904, também no Rio de Janeiro, numa tentativa de alinhar a cidade aos ideais da Belle Époque, trazendo uma aparência de “civilização” à capital (Silva, 2018). Para tanto, as casas localizadas na área foram desapropriadas e demolidas. Em ambas as situações, houve a remoção forçada de moradores de suas casas, que foram ‘empurrados’ para as periferias, marcando o início do processo de formação e consolidação das favelas. O terceiro episódio notável foi a Revolta da Vacina, também em 1904, no contexto das campanhas de saneamento realizadas na cidade. Nesse cenário, foi promulgada a Lei n.º 1.261, proposta por Oswaldo Cruz, que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola (Fernandes, 2010).

Reconhecendo que cada um desses acontecimentos condensa um amplo potencial de análises e perspectivas, o que fica evidente é que aquele período foi marcado por tensões diretamente ligadas ao controle de corpos e ao ordenamento do espaço. Nesse cenário, as políticas de saúde atuavam ativamente nesses processos. Essas medidas, especialmente entre a população negra e as classes mais pobres, eram frequentemente impostas sem qualquer participação dessas

comunidades, refletindo o caráter autoritário do impiedoso processo “civilizatório” que orientava tais práticas (Silva, 2018).

Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, decreto n.º 4.682/23, foi instituído o modelo de previdência social, que introduziu o funcionamento do seguro-saúde destinado aos trabalhadores assalariados. Contudo, esse sistema era restrito àqueles que contribuía para a previdência, excluindo uma parcela significativa da população. A saúde permanecia predominantemente focada na prevenção de doenças, sem considerar as condições sociais e econômicas que impactavam a saúde coletiva. Essa criação não resultou em melhorias significativas nas condições sanitárias da população na totalidade. Neste período, observou-se uma crescente especialização da ciência médica, que se alinhou a um modelo de assistência firmemente centrado nos hospitais — considerados os locais ideais para tratamento —, reforçando ainda mais o modelo biomédico vigente.

Durante o período que antecedeu o fim da ditadura militar, intensas discussões e produções abordavam o acesso à saúde. Entretanto, predominava a hegemonia do modelo biomédico, que concebia a saúde unicamente como a ausência de doença. Paralelamente, estudos e propostas já eram debatidos, tanto no Brasil quanto no exterior, em busca de um novo paradigma para compreender a saúde, com movimentos que desafiavam as rígidas definições da tecnicidade médica (Paim et al., 2011).

É importante destacar que, durante a ditadura militar, o modelo biomédico não só se mantinha como a abordagem predominante na assistência à saúde — tanto pública quanto privada — como também convivia com a divisão das ações preventivas pelo Ministério da Saúde e as curativas pelo modelo previdenciário. Ao longo da ditadura, o regime militar, apesar de divulgar um crescimento econômico, o que vigorou foi a acentuação da desigualdade e concentração de renda. Isto, aliado a um processo de urbanização e êxodo rural, expôs a degradação que vinha ocorrendo dos serviços públicos e nas ações em saúde (Ponte; Nascimento, 2010).

Academicamente, o modelo de assistência adotado na saúde pública até então foi chamado pelo militante e sanitarista Sérgio Arouca de “dilema preventivista”. Nesse contexto, a ênfase recaía exclusivamente sobre a prevenção de doenças, promovendo uma visão de saúde pública fundamentada em práticas e

abordagens individualistas, sem um compromisso efetivo com as comunidades (Arouca, 1975). Pensadores como Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo, Jairnilson Silva Paim, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Madel Luz, por exemplo, criticaram esse modelo tradicional, impulsionando uma análise mais profunda e crítica do processo saúde-doença (Paim, 2008; Marques et al., 2018).

Neste período, emerge o movimento conhecido como Reforma Sanitária, que, como todo movimento social, não é monolítico. Ele não era formalmente denominado nem “organizado”, já que se formou pela confluência e pelas lutas de diversos movimentos e sujeitos, sendo nomeado assim, posteriormente. Dentro dele, houve disputas relacionadas ao poder, às instituições e aos modos de funcionamento e organização. Para a compreensão do propósito aqui exposto, é importante considerar que esse movimento surge como uma crítica tanto à ditadura quanto ao modelo de saúde pública do país.

Havia movimentos populares, como as Comunidades Eclesiais de Base e a Pastoral da Saúde, além de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, que reuniam importantes pensadores e articuladores voltados à saúde coletiva. A articulação entre esses movimentos, junto a grupos de pequenas localidades de várias partes do país, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foram elaboradas as propostas que viriam a constituir o Sistema Único de Saúde (Paim, 2008).

É neste território, permeado de tensões entre linhas de forças que disputam modelos e arranjos de cuidado, que a Saúde Coletiva emerge. Ela é utilizada como expressão de campo científico no primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação de Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública em 1978 buscando uma distinção da abordagem convencional da saúde pública, pois esta estava tradicionalmente associada ao Estado, concentrada em ações preventivas e no controle de doenças por meio de campanhas e da vigilância epidemiológica, com a figura do médico como topo hierárquico na relação de poder (Souza, 2014).

A Saúde Coletiva, como campo científico e de práticas, vinha se formando, na medida que, paralelamente, a ditadura militar ia se aproximando do fim. Ela adota

uma perspectiva sócio-histórica e interdisciplinar, ou seja, não propõe uma hierarquia centrada no médico e sua assistência como finalidade da organização do sistema, mas sim, a reorganização para um privilégio da compreensão dos determinantes sociais e políticos do processo saúde–doença, incentivando práticas de promoção e prevenção que dialoguem diretamente com as necessidades das comunidades (Paim, 2008).

Pensamos que este modo de produzir uma contraciência àquela proposta hegemonicamente traz à tona uma conversa com a concepção de ciência nômade apresentada por Deleuze e Guattari. A ciência maior, ou seja, uma ciência régia, organizada no Estado Moderno Capitalista, se estabelece na história, impondo sua soberania, numa busca de universalizar suas normas e preceitos, a qual, por esta característica, necessita de organização. Contudo, sua rigidez e organização só permitem sua existência, pois ela se mantém na inspiração da ciência menor, ou seja, nômade. É na ciência nômade que estão as experimentações, onde as intensidades correm e a força criativa se impõe (Deleuze e Guattari, 2012).

A confluência de desejos e práticas dos vários sujeitos envolvidos em torno da própria refundação da saúde pública, formaram uma proposta de sistema de saúde pautada nas discussões que já vinham acontecendo em movimentos sociais, universidades e serviços de saúde. Nestes encontros, que a força na luta para a efetivação da saúde como direito de todos e na constituinte de 1988 ocorreu. A promulgação da Constituição de 1988 consolidou um marco transformador ao instaurar um novo paradigma para a saúde enquanto política pública. A saúde passou a ser reconhecida como um direito universal, impulsionando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação de princípios basilares como integralidade, equidade e igualdade. Essa mudança abriu caminho para uma abordagem mais inclusiva, voltada para a promoção abrangente da saúde, em contraposição à mera prevenção de doenças.

Nessa perspectiva de relações entre a ciência do Estado, a Saúde Pública, e a ciência nômade, a Saúde Coletiva, podemos compreender como um campo científico se efetiva no Brasil, mas ainda assim não se institucionaliza por completo. A Saúde Pública continua presente, não somente por estar nas denominações oficiais do Estado, como nos diários oficiais e publicações do Ministério da Saúde,

por exemplo, mas também por se manter nas normas, na vigilância, nos enquadramentos, nas violências e na universalização na organização e funcionamento do SUS. Por outro lado, a Saúde Coletiva percorre os territórios na busca de quebrar essa rigidez e normatização da Saúde Pública de Estado.

Nestes territórios, o pensamento de Deleuze se entrelaça e, muitas vezes, serve como ferramenta para possibilitar a dizibilidade e liberação dos fluxos de desejo, criatividade e vida no cuidado em saúde. Antes de nos aproximarmos desses territórios nômades e suas contribuições, vamos falar um pouco de Deleuze buscando trilhar sua conexão com aqueles que fizeram interlocução com ele e a produção de cuidado à saúde no Brasil.

Emaranhamentos de Deleuze e a saúde coletiva

A produção intelectual de Deleuze iniciou-se na década de 1950, por investigações sobre os pensamentos de autores como David Hume, Henri Bergson e Nietzsche. Entretanto, foi com os desdobramentos políticos e culturais de Maio de 68 na França e sobretudo, a partir da parceria com Félix Guattari — culminando na publicação de *Anti-Édipo* em 1972 — que suas ideias conquistaram projeção internacional.

O pensamento deleuzeano encontrou eco no Brasil antes mesmo das traduções de suas obras (iniciadas em 1970), graças a divulgadores como Foucault e Guattari. Este último, conhecido nos meios intelectuais e políticos brasileiros (a exemplo da entrevista com Lula em 1982), foi crucial na disseminação da produção conjunta (Dosse, 2010). É essencial, contudo, reiterar a ressalva do próprio Guattari, mesmo diante da formação da 'máquina Deleuze-Guattari'. Ele afirmava: “Não posso responder por duas pessoas. Há dois tipos de funcionamento do desejo, muito diferentes um do outro, nesse processo de escrita com Deleuze. Deleuze é um filósofo, eu não sou filósofo” (Guattari; Rolnik, 1996, p. 308). Essa declaração indica que, apesar da frequente citação conjunta, Guattari reconhecia a diferenciação de suas ideias em propostas.

Os conceitos de Deleuze e Guattari dialogaram com movimentos sociais e debates sobre saúde no Brasil, influenciando notadamente a Reforma Psiquiátrica.

A atuação de Guattari, inspirada em experiências como a da Clínica La Borde, impulsionou discussões sobre desinstitucionalização e a luta antimanicomial. As ideias deleuzo-guattarianas, especialmente a proposta de esquizoanálise, expandiram-se e foram articuladas localmente, formando uma prática própria no cenário brasileiro e latino-americano. Essa prática foi construída por articuladores como o psiquiatra argentino Gregorio Baremlitt, que se exilou no Brasil nos anos 1970 e foi um importante introdutor de Deleuze e Guattari no país e também pelos debates sobre a Análise Institucional de Georges Lapassade e René Lourau, nas universidades, especialmente a UFMG (Rossi, 2022).

A produção dessa prática esquizoanalítica local esteve intrinsecamente ligada aos movimentos sociais pela desinstitucionalização, contra as práticas manicomiais e no combate à ditadura militar. Cumpre destacar a profusão de encontros realizados no território latino-americano, os quais impulsionaram a emergência de uma esquizoanálise própria. Conforme assevera Rolnik, foi nesse contexto que esse novo referencial se efetivamente consolidou (Guattari e Rolnik, 1996).

A luta antimanicomial remete à mesma década da reforma sanitária, compartilhando aspectos que aproximam ambos os movimentos. A batalha contra os manicômios concretiza-se na superação do modelo excludente de cuidado às pessoas com transtornos mentais. Esse movimento fundamentou-se em experiências contrainstitucionais realizadas em outros países, especialmente na Itália, por Franco Basaglia. Como apoiador, mas também como produtor de ideias, Guattari figura como referência para o movimento, ao lado de Basaglia e de Robert Castel (Amarante, 1998).

Inserida no contexto mais amplo das mobilizações por saúde da época, no Brasil, a partir dos anos 70, a luta pela criação de um sistema público e universal de saúde entrelaça-se com a reivindicação do fim dos manicômios. Em síntese, os movimentos que demandavam uma reforma no sistema de saúde passaram a ser conhecidos como reforma sanitária. Durante essas décadas, os debates centrais giraram em torno da reivindicação por uma transformação no modelo de oferta de serviços de saúde, tradicionalmente assegurado pelo Estado e limitado aos

trabalhadores com vínculo formal, de modo que esse sistema se transformasse em um serviço de caráter universal e gratuito (Paim, 2009).

No campo educacional, já se observava a inserção das concepções deleuzeanas a partir dos anos 1980, embora tais ideias não tenham obtido expressividade significativa nos textos acadêmicos das décadas subsequentes (Vinci, 2023).

A partir da criação do SUS e da reforma sanitária na década de 1990, as ideias de Deleuze passaram a ter maior presença nas discussões sobre saúde coletiva. Esta área, que adota uma abordagem interdisciplinar, busca aprimorar a qualidade de vida por meio de ações estruturais que impactam as comunidades, distanciando-se do modelo biomédico tradicional e das abordagens positivistas.

Com a crescente integração dos conceitos de Deleuze e Guattari — especialmente no campo da saúde mental e do cuidado integral — emergiram novas práticas e arranjos que se expandiram no Brasil, desafiando a visão tradicional, orientada pelo modelo biomédico, e propondo alternativas mais inclusivas e comunitárias.

Uma mudança significativa no pensamento da saúde coletiva reside na aplicação de alguns conceitos de Deleuze, que desempenharam um papel essencial durante os momentos de expansão e consolidação do sistema de saúde que viria a se estruturar. Embora o SUS tenha se inspirado em propostas de saúde universal oriundas de vertentes social-democratas europeias e influências marxistas, como as de Cuba, essas concepções teóricas não forneciam todas as ferramentas necessárias para as análises e a produção de conhecimento demandadas pela saúde coletiva, de maneira que outros referenciais e discussões foram sendo articuladas ao longo dos anos.

Mesmo nas propostas de reorganização que buscavam superar o modelo biomédico, as forças institucionais mantiveram modos e formas de funcionamento que, na implantação do SUS, resultaram em forte rigidez, hierarquização e conservação de modelos e arranjos pouco promotores de vida. Diante disso, como Deleuze (2013) propunha, que um conceito deve servir como intercessor, aqueles que procuraram utilizar de seu arsenal maquínico conceitual o fizeram nesta perspectiva. Os conceitos foram sendo utilizados na perspectiva de ferramentas

que permitissem serem acoplados, engravidados, torcidos ou mesmo esquadrejados, de modo que se amalgamaram, se necessário, para serem, a partir deles, produzidas linhas de fuga a partir das circunstâncias dadas (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

Não obstante, em 1996, foi publicada a obra *Democracia e Saúde*, organizada por Sonia Maria Fleury Teixeira, onde Emerson Merhy traz o conceito de intercessores no texto “O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo)”. A partir do livro *conversações* (Deleuze, 2013), Merhy usa o conceito de intercessor, trazendo-o com referenciais da análise institucional, a compreensão de que este é utilizado para entender o espaço de relação que emerge nos encontros entre os sujeitos. Sua importância reside na proposta de conceber um espaço comum, que se forma na interação entre o trabalhador da saúde e o usuário do SUS. Esse espaço intercessor é incorporado ao processo de trabalho, reconhecendo sua singularidade e possibilitando uma análise mais profunda das dinâmicas relacionais no cuidado (Merhy, 1997).

519

A crítica a partir do intercessor está quando ele é reduzido a uma relação objetual, isto é, quando se estabelece uma interação entre um sujeito e um objeto. Na prática da saúde, esse problema ocorre quando o profissional não reconhece o usuário como sujeito, relegando-o a uma posição onde sua voz é ignorada ou desconsiderada. Essa dinâmica reflete a persistência do modelo biomédico hegemônico, mesmo em contextos regidos por políticas públicas que buscam restringir suas limitações. Daí que o espaço intercessor, atuando como analisador dos processos de trabalho, permite observar o cotidiano do trabalho sob a ótica das possibilidades de reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde (Merhy, 1997).

No capítulo *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, publicado em 1997 no livro *Agir em Saúde: um desafio para o público*, Merhy aprofunda a discussão sobre o conceito de intercessor, mobilizando elementos atribuídos a Guattari que emergem no campo conceitual da máquina deleuze-guattariana, como as noções de grupos subjetados e linhas de fuga.

No texto, há uma articulação dos conceitos marxistas de trabalho vivo e trabalho morto com a proposta da micropolítica, analisando as relações de poder que constituem o dia a dia do trabalho em saúde. Esta análise permite compreender como o enrijecimento dos modelos de atenção em saúde produz um trabalho morto. Em consonância com o texto citado anteriormente, é possível compreender que o espaço intercessor, quando visto sob este aspecto, é aquele que permite que o cuidado seja produzido, caso os trabalhadores não compreendam os usuários como sujeitos passivos, mas sim, como sujeitos ativos na produção de cuidado efetivada no encontro (Merhy, 2002).

Outra inserção importante está na proposta cartográfica, que aparece pela primeira vez no *Anti-Édipo*, mas que nas publicações em saúde coletiva aparece de modo mais localizado, mas não menos importante. Em 1995, a cartografia já aparecia em obras de ampla divulgação na saúde, como 'Loucos pela Vida' de Amarante, que utiliza a cartografia como modo de expressar movimentos práticos e teóricos da desconstrução do manicômio (Amarante, 1998).

Em *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo* (2005), Merhy introduz a cartografia como ferramenta para a construção de novos modos de compreender o cotidiano do trabalho no SUS, além de propô-la como um dispositivo de produção de conhecimento. Nos textos reunidos nessa obra, é possível identificar o diálogo com as produções de Suely Rolnik e Guattari. Ainda que não se apoie diretamente em um referencial consolidado de Deleuze, a obra mobiliza conceitos deleuzeanos de maneira a inseri-los nas práticas e reflexões da saúde coletiva, contribuindo para sua incorporação nesse campo.

Suely Rolnik, conforme se evidencia nessa mesma obra, teve papel fundamental na articulação e difusão do pensamento deleuze-guattariano no contexto da saúde coletiva brasileira. Sua publicação em coautoria com Félix Guattari, *Micropolítica: Cartografias do Desejo*, que reúne textos, cartas e comunicações entre os autores, proporcionou uma abordagem mais acessível ao público brasileiro sobre as potências conceituais da esquizoanálise, ampliando os caminhos de análise e intervenção nos processos de subjetivação e nas práticas institucionais. Esta obra é lançada após um período de visitas do próprio Guattari

no Brasil, o que contribuiu para a difusão do pensamento que pode ser considerado da filosofia da diferença.

Arranjos de uma saúde coletiva nômade e cartográfica

É inegável que, após sua institucionalização após a constituição de 1988, o SUS ganha uma orientação que, em muitos pontos, cruza e dialoga com a saúde coletiva, como os conselhos e conferências de saúde, participação popular e orientação voltada para a Atenção Básica. Contudo, a organização do SUS num Estado Moderno Capitalista, periférico e recém-saído de uma ditadura militar, acaba por se efetivar de modo que, muitas vezes, tende a capturas e movimentos intrínsecos dos momentos de reorganização da crise contínua do capitalismo. Seja na sua criação em uma constituição com uma proposta social-democrata em acordo com muitas propostas europeias, na privatização e parcerias promíscuas entre setores públicos e privados desde os anos 90, ou mesmo na orientação mais recente do sistema em propostas de funcionamentos mais próximos a uma atenção primária voltada ao indivíduo e procedimentos, deixando de lado o aspecto comunitário e a participação social.

Mesmo com a captura por uma racionalidade neoliberal para a produção da subjetividade, há movimentos que mostram uma apropriação e reverberação de ecos deleuzeanos pela produção de cuidado em saúde. Neste território, uma importante contribuição de Deleuze para a produção de conhecimento neste cuidado em saúde é a sua própria geofilosofia que permite a construção de ferramentas para cartografias locais. Como Braidotti (2013) coloca, as cartografias têm de ser vistas a partir da localidade, de sua posição, são *politics of location*. Não se trata de uma simples descrição geográfica, mas de uma consciência crítica de como fatores de gênero, raça, classe, sexualidade, nacionalidade e outros eixos de poder e relações moldam a experiência, a perspectiva e o conhecimento de um sujeito. É a importância do reconhecimento da posição singular de um sujeito no território, que compreende o espaço social, histórico e geopolítico, marcado por múltiplas e interconectadas relações de poder.

Daí que a filosofia da diferença construída por Deleuze ao longo de sua vida, não apenas dá suporte conceitual, mas também potencializa o reconhecimento de produção de conhecimentos que correm por uma ciência menor, uma ciência nômade que não respeita os limites do capitalismo tardio em um estado que se propõe a manter um sistema de saúde universal. É com uma ciência nômade, de prática cartográfica, que produções de conhecimentos outros, até então ignorados, ou melhor, inexistentes, ganham existência a partir da expressão de pesquisadores, trabalhadores e usuários do SUS.

Nesta produção de um arcabouço de formas de divulgação de práticas cartográficas, algumas obras foram operadas de modo que auxiliaram no processo de exercício cartográfico no campo da saúde coletiva. Entre as obras utilizadas, há os trabalhos de Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros nos textos publicados em *Pistas para o método cartográfico* e as de coordenação de Virgínia Kastrup, bem como a já citada contribuição de Suely Rolnik. Tais produções, junto a debates, congressos, comunicações, que não circulavam somente num âmbito restrito àqueles reconhecidos como “psi’s” ou mesmo nas clínicas esquizoanalíticas, mas sim, ganharam tração para a aproximação da proposta de Deleuze, para além de suas obras com Guattari.

Atualmente, a produção de conhecimento em saúde coletiva que utiliza a cartografia ganhou um importante espaço de discussão nas produções e práticas de cuidado pelo país. Apesar de advir de uma ciência contra-hegemônica, é na sua característica nômade que a faz romper as linhas duras com fugas em diversos espaços e territórios. Nisto, pode-se citar a importante contribuição de pensadores e pesquisadores que trouxeram a obra de Deleuze para o debate da produção de cuidado em saúde, tais como Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Debora Bertussi, Ana Paula Abrahão, Sérgio Resende Carvalho.

A partir do agenciamento e deslocamento promovidos pelo uso da cartografia como conceito-ferramenta (Abrahão e Merhy, 2014), o principal desafio na produção de conhecimento passou a ser a invenção e operacionalização desse método, buscando formas para a cartografia poder fluir e se inserir tanto em práticas de pesquisa quanto de cuidado em saúde. Para isso, foram criados dispositivos como o usuário ou trabalhador-guia, o diário cartográfico e o

processamento em grupo (Cruz et al., 2016; Moebus, Merhy e Silva, 2016; Slomp Junior et al., 2020), que auxiliaram na prática cartográfica e possibilitaram a emergência de territórios próprios de discussão na saúde coletiva. Nesses territórios, conceitos-ferramenta como rizoma, agenciamento, corpo sem órgãos, multiplicidade e intercessor passaram a ser operados de modo inovador, engravidando debates e práticas e tornando-se cada vez mais presentes em textos acadêmicos e nas discussões do campo.

Vamos tomar a liberdade de trazer, dos conceitos acima citados, alguns que consideramos que foram e ainda são mais utilizados como conceito ferramenta na saúde coletiva: rizoma, multiplicidades e devir. O rizoma é apresentado na obra de Deleuze e Guattari, *Mil Platôs* (2011), que nos oferta outra forma de pensar sobre a forma de produção de conhecimento, rompendo com a lógica hierárquica e binária. Nos oferece uma forma de racionalizar com linhas de fuga, rupturas e alianças improváveis, deixando de lado a lógica da centralização de algum conhecimento maior e assim ele pode se ampliar em qualquer direção. Compreendendo a oferta da heterogeneidade e da conectividade apresentada na noção de rizoma, existe na sua aplicação uma ampliação do conhecimento das relações sociais. Podemos observar que o campo da saúde coletiva cada vez vem se aproximando desse referencial, principalmente no que se refere a movimentos sociais e produção de redes de cuidado.

A multiplicidade, apresentada por Deleuze (2018, p. 245) revoluciona, quando, coloca esta como um fundamento para o reconhecimento da diferença, já que esta “não deve designar uma combinação de múltiplo e de uno, mas, ao contrário, uma organização própria do múltiplo como tal, que de modo algum tem necessidade da unidade para formar um sistema”. Assim, a multiplicidade não deriva de uma unidade prévia, tampouco resulta da justaposição de unidades. É a própria multiplicidade que engendra unidades transitórias ao longo de seus processos. Existe nessa afirmação uma substituição do valor da essência pelos devires agenciados por fluxos e conexões diversas para compreensão dos fenômenos sociais.

No campo da saúde coletiva, a introdução do entendimento de multiplicidade disputa diretamente com abordagens simplistas do processo saúde-

doença. Na obra de Ayres (2004) há a discussão da proposta de uma forma de cuidado mais ampliada, rompendo com visões unidimensionais do cuidado. No campo da gestão em Saúde, Merhy e Franco (2003) apresentam uma forma de gestão na qual os serviços de saúde devem funcionar como um lugar (plano de coexistência) em que profissionais, pessoas que utilizam o serviço e gestores devem produzir saberes e práticas.

Um exemplo dessa dinâmica reside na operação a partir dos conceitos de rizoma e multiplicidade que, ao serem pensados na perspectiva relacional dos sujeitos que buscam acesso e cuidado em saúde, demonstram as chamadas “redes vivas”. Nessas redes, a centralidade da relação usuário-serviço de saúde é desconstruída, revelando a rede relacional acentrada do usuário em sua busca por cuidado em saúde. Essa perspectiva possibilita conceber como a rede formada pelo usuário frequentemente não inclui apenas os serviços do sistema de saúde, incorporando outras relações que também exercem práticas de cuidado, a exemplo de grupos de apoio, espaços religiosos e curandeiros. A virtualidade rizomática relacional do sujeito emerge em sua busca por cuidado, e o sistema de saúde pode apoiar a atualização dessa rede e contribuir para que ela não seja interpretada pelos serviços de forma reducionista e, frequentemente, positivista no cuidado em saúde (Merhy et al., 2016).

O conceito de devir tem forte relação com o de rizoma, uma vez que os autores afirmam que sempre o devir ocorre de forma rizomática, ele só ocorre quando corpos e territórios se encontram entre conexões impessoais e são atravessados por afetos (Deleuze e Guattari, 2011; Deleuze, 2018). Não se busca um final com o devir e sim o meio que podemos definir como processo de desterritorialização. Processo do “entre”, onde existe a possibilidade do borramento entre os envolvidos podendo com isso haver o surgimento de novas subjetividades. No campo da saúde coletiva o devir deleuzeano se apresenta como desafio para lógica biomédica tradicional, que tende a reduzir os corpos em doenças e tratá-las. Já na perspectiva do devir seria alcançar um processo contínuo de criação de novos modos de vida que aumentem a potência das pessoas e que esses modos estejam conectados com a realidade dos espaços e dos coletivos onde esses indivíduos habitam. Nesse sentido Merhy e Feuerwerker (2014) apresentam

como o cuidado de saúde pode operar por linhas de fuga, estando abertas a demandas singulares dos usuários rompendo com a lógica protocolar e rígida dos serviços. Provocando assim o devir de potência de transformação dos serviços de saúde seja na relação entre trabalhador-usuário seja na construção de redes de apoio não hierárquicas.

Outra contribuição relevante reside na abordagem do encontro, a partir das interpretações de Deleuze. Deleuze em seus cursos sobre Spinoza, traz o “encontro”, do latim *occursus*, pois é partir do reconhecimento dos bons e maus encontros que é possível compreender como as afecções afetam os corpos, e, a partir disso, reconhecer que a prática do cuidado em saúde, se dá no ato (Deleuze, 2019). É nesta organização dos encontros, de maneira que eles sejam pautados no aumento da potência de agir, por bons encontros, que se pode, por uma compreensão desta imanência, pode-se pensar numa prática que agencia e afeta os corpos aumentando suas potências e não os relegando à práticas de saúde que produzem corpos tristes. Deste modo, encontro não está arraigado a idealismos; é nele que os intercessores ganham a possibilidade de se atualizarem em novas afetações que irão potencializar a vida dos corpos e, a partir de então, produzir a diferença (Merhy, 2010).

Apesar de sua breve exposição, tais conceitos não foram incorporados à saúde coletiva por meio de propostas idealistas ou concepções a priori. Eles emergem da necessidade de serem utilizados como conceitos-ferramentas na prática dos trabalhadores que atuam no cuidado em saúde e buscam produzi-lo de maneira a potencializar a vida. Assim, com uma disseminação molecular e contra-hegemônica, as ideias de Deleuze se emaranham na saúde coletiva. Seus conceitos são operados para permitir a produção de novos conhecimentos e, além disso, introduzem no campo da saúde um debate voltado para sua concepção de filosofia da diferença: uma imanência inerente ao acontecimento, onde o cuidado é produzido.

Isto demonstra que os conceitos deleuzeanos não apenas serviram para a sua utilização em uma proposta de um certo “método” de pesquisa, mas que exerceram um deslocamento em concepções até então periféricas ou inexistentes do cuidado

em saúde, muitas vezes alterando sentidos dados anteriormente à tais conceitos, como o uso de multiplicidade e territórios.

Considerações finais

A contribuição de Deleuze para as discussões e práticas de cuidado na saúde coletiva acabou por se disseminar por vários campos, seja por sua produção individual ou naquela realizada com Guattari. Embora essa produção venha sendo ecoada desde os movimentos da Reforma Sanitária, as propostas e pensamentos de Deleuze ganharam maior amplificação em um período mais recente, em paralelo à crescente influência de autores contracoloniais e pós-estruturalistas. A criação de grupos de pesquisa foi fundamental nesse processo, pois eles não se limitaram a discutir as teorias deleuzeanas, mas se engajaram na produção de conceitos-ferramentas para promover uma saúde coletiva que considere o encontro e o cuidado como potencializadores da vida dos usuários. Desse modo, a articulação das ideias de Deleuze e de outros pensadores com a saúde coletiva possibilita a criação de linhas de fuga em relação à captura pela saúde pública tradicional pelo Estado neoliberal, muitas vezes pautada em vigilância, controle e medicalização. Esse potencial demonstra que a contribuição deleuzeana não está finalizada; ao contrário, mantém pulsantes essas linhas de fuga na produção do cuidado.

526

Referências

- ABRAHÃO, A.L.; MERHY E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 abr. 2025.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2a. ed., rev.ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1998.
- AROUCA, A.S.S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Doutor em Medicina Preventiva e Social – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1975. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=455502>. Acesso em: 3 maio 2025.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16–29, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Soi04-12902004000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 maio 2025.

BRAIDOTTI, R. *Metamorphoses: towards a materialist theory of becoming*. Cambridge: Polity, 2013.

CRUZ, K.T. et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L.C.M; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E. (ed.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 2 v., p. 252–269.

DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução: Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 2013.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Tradução: Luiz B. L. Orlandi, Roberto Machado. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018.

DELEUZE, G. *Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981)*. Tradução: Emanuel Angelo da Rocha Fragozo et al. 3. ed. Fortaleza: 2019. (Coleção Argentum Nostrum).

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 1*. Tradução: Ana Lúcia De Oliveira, Lúcia Cláudia Leão. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 5*. Tradução: Ana Lúcia De Oliveira, Lúcia Cláudia Leão. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2012.

DOSSE, F. *Gilles Deleuze e Félix Guattari: biografia cruzada*. Tradução: Fatima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERNANDES, T.M. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808- 1920*. 2. ed.: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pd6q9>. Acesso em: 19 abr. 2025.

GUATTARI, F.; e ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LOCH, M.R.; GONZÁLEZ, A.D.; LAZARINI, F.M.; GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H.I.; CAMPOS, J.J.B. Aspectos históricos e concepções sobre a Saúde e a Doença [Recurso eletrônico]. In: ANDRADE, S.M.; CORDONI JR, L.C.; CARVALHO, B.G.; GONZÁLEZ, A.D.; SILVA, A.M.R. (ed.). *Bases da saúde coletiva*. 2. ed. Londrina: Eduel, 22 maio 2017.

MARQUES, M.C.C.; IANNI, Á.M.Z.; MENDES, Á; e MANTOVANI, R. A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e Emerson Merhy. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 2, p. 353–369, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Soi04-59702018000200353&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 maio 2025.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (ed.). *Democracia e Saúde a Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125–142. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/22>. Acesso em: 17 jan. 2023.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (ed.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. (Série Didática, 6). p. 71–112.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 2. ed. São Paulo (SP): Editora Hucitec, 2005. (Saúde em debate, 145).

MERHY, E.E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 86, p. 433–435, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769004.pdf>. Acesso em: 4 maio 2025.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C.; SILVA, E.; SANTOS, M.F.L.; CRUZ, K.T.; FRANCO, T.B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31–42.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S.; GALLO, E.; GOMBERG, E.; RIBEIRO, A.C.A.C. (ed.). *Informar e educar em saúde: análises e experiências*. Salvador: Rio de Janeiro: Edufba ; Editora Fiocruz, 2014. p. 5–21.

MERHY, E.E.; e FRANCO, T.B.. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, v. 65, n. 27, p. 316–323, 2003. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/6wybb>. Acesso em: 3 maio 2025.

MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E.; SILVA, E.. O Usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.T.; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP, H. (ed.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43–53.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, BA: Edufba, 2008. 356 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 4 maio 2025.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; e MACINKO, J.. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, maio 2011. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>. Acesso em: 4 maio 2025.

PAULA, R.N. Semente de Favela: jornalistas e o espaço urbano da Capital Federal nos primeiros anos da República – o caso do Cabeça de Porco. *Revista Cantareira*, n. 3, 2003. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27786>. Acesso em: 19 abr. 2025.

PONTE, C.F.; NASCIMENTO, D.R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C.F.; FALLEIROS, I. (ed.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 28 set. 2010. p. 179–218.

ROSSI, A. Esquizoanálise: a clínica e a formação na contemporaneidade brasileira. In: FREITAS, M.C.A.; CAVERSAN, H.A.C.; LUCAS, M.L.O.; TRAJANO, A.R.C.; VILELA, F.S. (ed.). *Conversações cartográficas: fragmentos e devires insistentes numa universidade pública*. DIVINOPOLIS, MG, 2022. p. 40-50. Disponível em: https://uemg.br/images/unidades/Divinopolis/e-books/E-book_Conversaes_cartogrificas.pdf. Acesso em: 19 abr. 2025.

SILVA, M.P. O processo de urbanização carioca na 1ª República do Brasil no século XX: uma análise do processo de segregação social. *Estação Científica (UNIFAP)*, v. 8, n. 1, p. 47, 22 jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/3489>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, v. 20, n. 3, 24 out. 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SOUZA, L.E.P.F. SAÚDE PÚBLICA OU SAÚDE COLETIVA? *Espaço para a Saúde*, v. 15, n. 4, p. 7-21, 30 dez. 2014. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/545>. Acesso em: 3 maio 2025.

STEPAN, N.L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Tradução: Paulo M. Marchet. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

VINCI, C.F.R.G. A recepção do pensamento de Deleuze, Guattari e Deleuze-Guattari na pesquisa educacional brasileira: décadas iniciais. *Acta Scientiarum. Education*, v. 45, 2023. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178-52012023000100229&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 abr.

Submissão: 05.05.2025

/

Aceite: 13.06.2025