

# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 18 – nº 2 – Dezembro 2017  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Boletim do Instituto de Saúde | BIS | Volume 18 | nº 2



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO**

**Educação, Comunicação  
e Participação em Saúde**



## BIS – números já editados

### Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
www.isaude.sp.gov.br  
boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
David Everson Uip

### Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

### Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 18– Nº2 – Dezembro 2017  
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529  
Publicação semestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
boletim@isaude.sp.gov.br  
  
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor  
Márcio Derbli

Editores científicos  
Regina Figueiredo  
Sandra Greger Tavares  
Ausonia Favorido Donato

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Capa  
Lília Perrone – Pastel sobre papel

Revisão  
Regina Figueiredo  
Márcio Derbli  
Sandra Greger

Diagramação  
Fernanda Buccelli

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento  
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

### Conselho editorial

**Alberto Pellegrini Filho** – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Alexandre Kalache** – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

**Camila Garcia Tosetti Pejão** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Carlos Tato Cortizo** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Ernesto Báscolo** – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

**Fernando Szklo** – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Francisco de Assis Accurcio** – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

**Ingo Sarlet** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

**José da Rocha Carvalheiro** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Katia Cibelle Machado Pirota** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Luiza Stermann Heimann** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Márcio Derbli** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Marco Meneguzzo** – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

**Maria Beatriz Miranda de Marias** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

**Nelson Rodrigues dos Santos** – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

**Monique Borba Cerqueira** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Nelson Rodrigues dos Santos** – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

**Raul Borges Guimarães** – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

**Samuel Antenor** – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

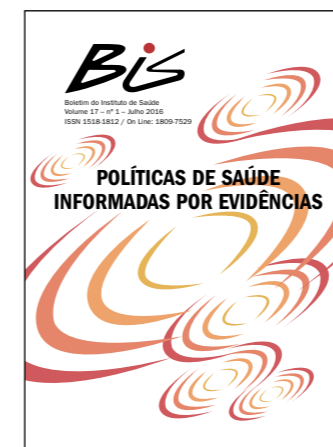
**Sílvia Regina Dias Médici Saldiva** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Sônia Isoyama Venancio** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Tereza Setsuko Toma** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil



(v. 18 - nº 01) / 2017  
Drogas, saúde &  
contemporaneidade



(v. 17 - nº 01) / 2016  
Políticas de Saúde  
informadas por evidências



(v. 16 - nº 01) / 2015  
Estratégias para alcançar  
um desenvolvimento  
integral na primeira infância



(v. 17 - suplemento) / 2016  
VI Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
dos Municípios Paulistas



(v. 16 - suplemento) / 2015  
V Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
na Área da Saúde 2015



(v. 15 - suplemento) / 2014  
Mestrado Profissional  
em Saúde Coletiva



(v. 17 - nº 02) / 2016  
Saúde e direitos  
sexuais e reprodutivos



(v. 16 - nº 02) / 2015  
A contribuição das bases de  
dados demográficos e dos  
Sistemas de Informação em  
Saúde para a gestão do SUS



(v. 15 - nº 02) / 2014  
Os desafios do trabalho  
na atenção básica

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	3
<b>O âmbito da Saúde Coletiva como uma arena discursiva: questões simbólicas e dialógicas nas trocas comunicacionais</b>	
Ricardo Barreto .....	5
<b>Retomando teorias e entendendo casos de Comunicação em Saúde</b>	
Regina Figueiredo.....	13
<b>Comunicação e Saúde na prática educativa</b>	
Ausonia Favorido Donato.....	23
<b>A saúde como produto tecnológico de consumo e comunicação anti-SUS na televisão: o caso do Jornal Nacional</b>	
Eduardo Caron .....	30
<b>Novos discursos e modelagens do envelhecimento contemporâneo</b>	
Monique Borba Cerqueira.....	41
<b>Campanhas de Educação em Saúde e reforço de estigmas</b>	
Regina Figueiredo, Letícia de Almeida Lopes Cândido .....	49
<b>Retratos falados - experiências de produção de recursos educacionais para a população usuária de serviços públicos de saúde</b>	
Ana Luisa Zaniboni Gomes.....	62
<b>Parteiras e médicos: paradigmas existenciais opostos</b>	
Janaína de Alencar Ribeiro .....	70
<b>Educação pré-natal com utilização de Recursos Expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária</b>	
Maria Augusta Silvestre de Melo, Silvia Helena Bastos de Paula, Siomara Roberta de Siqueira, Nilza Maria de Souza Corbani, Ana Cristina Cordeiro Santiago .....	82
<b>Técnica de “Depuração” em estudos de caso: visando facilitar a discussão da assistência à saúde de adolescentes</b>	
Adriana Maria do Nascimento, Isabella Fontes Monteiro, Rebeca Rodrigues de Lima, Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, Regina Figueiredo, Fernanda Luz Gonzaga da Silva, Danilo Milev, Vanessa Matias da Rochal .....	95
<b>Formação profissional em Saúde: do conhecimento instrumental ao trabalho como princípio educativo</b>	
Rosilda Mendes, Daniele Pompei Sacardo.....	108
<b>Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada</b>	
Maria do Carmo Sales Monteiro, Teresa Cristina Lara de Moraes.....	119

<b>A estratégia de educação permanente para a produção de redes de cuidado na atenção à saúde da pessoa em situação de violência na cidade de São Paulo</b> Fátima Madalena de Campos Lico, Suely Yuriko Miyashiro Tápias, Elaine Aparecida Lorenzato, Maria Lucia Aparecida Scalco, Nelson Figueira Junior .....	128
<b>Educação para o SUS: avaliação de um Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva na perspectiva de seus egressos</b> Luiza Sterman Heimann, Márcio Derblil, Aparecida Natália Rodrigues .....	139
<b>Participação social em saúde no Brasil: elementos para compreensão de sua dinâmica</b> Virgílio César da Silva e Oliveira, Tania Margarete Mezzomo Keinert, Adilio Renê Almeida Miranda, Silvia Ferreira Caproni Gonçalves .....	153
<b>Participação social e regionalização: a construção de um diálogo territorializado</b> Sandra Greger Tavaresi, Eda Terezinha de Oliveira Tassara .....	162
<b>Sustentabilidade: desdobramentos face a uma busca emancipatória</b> Mariana Malvezzi.....	174
<b>Possibilidades de enfrentamento do genocídio em São Paulo</b> Marisa Feffermann, Sandra Quixada, Valter Henrique da Silva Junior, Silvia Bastos, Geany Magalhães da Silva .....	185

**E**m meio à exacerbação da crise política no cenário brasileiro e global e da constante ameaça de retrocesso às conquistas sociais, faz-se necessário o exercício da reflexão sobre o direcionamento imputado à planificação técnica dos princípios norteadores das políticas públicas do SUS – Sistema Único de Saúde, incluindo suas formas de operacionalização na realidade socioambiental.

Desde sua constituição, o SUS é pautado em princípios que almejam promover, fundamentalmente, igualdade e universalidade no acesso e na atenção à saúde. Como eixos estratégicos para a organização de suas políticas destacam-se: **a Educação, a Comunicação e a Participação em saúde.**

A **Participação Social**, por meio de instâncias, como os conselhos e as conferências de saúde, visa garantir a inclusão da sociedade civil e suas demandas nas decisões políticas e promover mecanismos de controle social para a efetivação das mesmas.

A **Educação em Saúde**, transversal à formulação e consecução das políticas do SUS, objetiva disseminar não apenas conteúdos e estratégias de promoção e reabilitação de saúde e de prevenção a agravos de saúde, mas fomentar a democratização e qualificação das ações de saúde. Nesse sentido, a reflexão sobre uma educação que se queira inclusiva e participativa é

fundamental para estimular a aprendizagem significativa e permitir o diálogo e alargar a escuta e a atenção às necessidades da população.

A **Comunicação em Saúde** preconiza a adoção de formas dialógicas de interação social e para tanto seus métodos, instrumentos e meios correspondem a um projeto de inclusão social e promoção da igualdade e cidadania para a efetivação do SUS. É imprescindível que o diálogo caracterize a comunicação entre os diversos atores sociais de modo contínuo e horizontal, preservando e respeitando a autonomia e voz de cada sujeito e a vivacidade e multiplicidade das perspectivas de discursos, seja no âmbito do planejamento, da educação, da promoção, da assistência e do controle social em saúde.

É justamente a promoção dessa horizontalidade que se pretende nessa edição do BIS, reunindo autores com abordagens teóricas e técnicas diversas e que atuam em cenários locais e globais, nos âmbitos da educação, comunicação e participação social em saúde.

Ao leitor deixamos o convite para que se desafie no sentido de estabelecer pontes entre as discussões aqui propostas...

**Regina Figueiredo**  
**Sandra Greger**  
**Ausonia Donato**



# O âmbito da Saúde Coletiva como uma arena discursiva: questões simbólicas e dialógicas nas trocas comunicacionais

*The scope of Public Health as an arena for discourse: symbolic and dialogic questions within communicational exchanges*

Ricardo Barreto<sup>1</sup>

## Resumo

A proposta do presente artigo é revisitar alguns conceitos relacionados à Comunicação em Saúde com o intuito de problematizar modelos comunicativos esquemáticos marcados por uma perspectiva pragmática e utilitarista da linguagem. A hipótese central deste texto parte de uma premissa segundo a qual várias das reflexões sobre as interações comunicacionais no campo da Saúde Coletiva privilegiam, em razão de suas escolhas teóricas, uma fundamentação que, muitas vezes, pouco incorpora algumas dimensões fundamentais do processo comunicacional que ultrapassem um sentido linear de transmissão em favor de uma compreensão mais responsiva na influência mútua entre os sujeitos.

**Palavras-chave:** Discurso; Saúde; Comunicação.

## Abstract

The proposal of this article is to revisit some concepts related to health Communication in order to discuss communicative schematic models marked by a pragmatic and utilitarian perspective of language. The central hypothesis of this text presents as starting points a premise under which several of the reflections on communicative interactions in the field of public health oriented, due to their theoretical choices, a rationale that few times incorporates some decisive dimensions of the communicational process beyond a linear sense of transmission in favor of a more responsive understanding on mutual influence between the subjects.

**Keywords:** Discourse; Public Health; Communication.

<sup>1</sup> Ricardo Barreto (ricardogbarreto@terra.com.br) é Mestre e Doutor em Letras pela Faculdade Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e atua como Consultor em Educação.





### Introdução

**A**s interfaces e articulações entre *comunicação* e *saúde* dependem, em primeiro lugar, do que entendemos sobre esses dois termos, observando com isso tanto a teorias do conhecimento quanto a ações políticas que justificam sua aproximação. Enquanto temas para os estudiosos e trabalhadores do âmbito da Saúde, esses dois termos talvez pareçam até certo ponto definidos, assim como suas possíveis relações. O senso comum nos dá pistas do que vem a ser a comunicação, ou o ato de comunicar, algo tão presente no cotidiano das pessoas que se confunde com as próprias atividades de interação social em geral. Também no campo do senso comum, a ideia de ser “saudável” induz a uma compreensão básica expressa na fórmula “ausência da doença”.

Distanciando-se, porém, do entendimento mais imediato do que vem a ser a comunicação e a saúde, podemos dizer que há aspectos que

não se evidenciam facilmente quando esses termos são observados com maior empenho analítico: há modos de definirmos comunicação que não podem ser resumidos, como muitas vezes acontece, a esquemas, da mesma maneira que o conceito de saúde não se limita a um estado determinado por um olhar patológico.

Tanto em suas dimensões conceituais quanto em seu entendimento como práticas que envolvem pessoas, comunicação e saúde devem ser definidos como instâncias do mundo social, variando, por essa razão, no tempo e no espaço. Essa variação ocorre de grupo para grupo, de comunidade para comunidade, de perspectiva teórico-científica para perspectiva teórico-científica. Assim como não se pode imaginar uma sociedade sem transformação, não se pode considerar dois dos elementos centrais da vida social, comunicação e saúde, como dimensões estáticas e portadoras de significados que não se alteram ou que não apresentem conflitos ou desajustes.



Nesse sentido, um primeiro aspecto relevante a ser discutido a propósito da relação entre comunicação e saúde se refere à dinamicidade que cada um desses termos possui, ou seja, que representações da vida social incorporam quando passam a cumprir uma função política. Integradas a um projeto amplo que se configura em resposta a um conjunto de necessidades de uma população, comunicação e saúde deixam de ser puros conceitos para se transformarem em espaços vivos e políticos. Isso significa dizer que qualquer modificação na correlação de visões de mundo vigente na sociedade civil tem como contrapartida transformações nos modos de entender e interpretar o que é saúde e como esta deve ser “traduzida”, comunicada à e pela sociedade. Afinal, os agentes sociais envolvidos nas agências da sociedade civil e da sociedade política não se referem à indivíduos ou grupos sociais em abstrato, inscritas magicamente em um Estado etéreo. O vasto e complexo tecido de relações pressuposto nos campos da Comunicação e da Saúde se constrói e reconstrói no cotidiano de suas práticas políticas, no exercício diário de mediação entre as possibilidades do conjunto de ações que fazem parte de uma política de saúde e as maneiras como elas são veiculadas.

Sob o olhar da História, o mundo em que vivemos renasce a cada instante, fazendo surgir novas narrativas que simbolizam as transformações sociais, culturais e políticas e demandando novas análises e novos olhares sobre a matéria da “vida vivida”, ou seja, sobre as possibilidades dialógicas concretas experimentadas pelas pessoas reais. Paradoxalmente, há um movimento contínuo de naturalização (e não de diversidade) que faz com que relações como as da Comunicação e da Saúde se tornem banalizadas.

Uma primeira hipótese pode ser sintetizada da seguinte forma: as interfaces entre Comunicação e Saúde dependem das concepções de

comunicação e de saúde que estejam em jogo. Nesse sentido, não se pode afirmar que realmente ocorra uma compreensão única sobre as interações entre esses dois campos<sup>11</sup>. Daí podermos formular uma segunda hipótese: a depender do modo como conceituamos comunicação e/ou saúde, alguns níveis de interação entre esses conceitos não apontam para a possibilidade de formulação de uma política para o setor Saúde que envolva trocas comunicacionais efetivas.

A ineficiência de determinadas iniciativas na mobilização de alguns grupos sociais e de seu engajamento em ações de política de saúde seriam, ao menos em parte, não o resultado da escolha de meios inadequados de comunicação, mas sim, da ausência de sintonia entre concepções de saúde e de comunicação que são mobilizados (e nem sempre explicitados), apontando para fundamentos dissemelhantes, visões de mundo que não dialogam.

Para além da função de “comunicar algo”, ou “informar” a população sobre determinados riscos ou atitudes que devem ter ao se deparar com seus problemas de saúde, é decisivo delinear o que se entende por comunicar, quais são os lugares dos sujeitos na construção do sentido decorrente desse ato e quais devem ser as mudanças, planejadas previamente, dos comportamentos e das concepções de mundo que sustentam os movimentos de transformação (ou conservação) das condições de vida população.

As relações entre Comunicação e Saúde envolvem, em suma, áreas de conhecimento que, por si só, já são inter ou multidisciplinares (só para ficarmos em alguns exemplos: a biologia, a

<sup>11</sup> O conceito de campo utilizado neste artigo toma seu sentido da sociologia de Pierre Bourdieu<sup>3</sup> que, em linhas gerais, o define como um microcosmo social que possui uma relativa autonomia, com leis e regras específicas, ao mesmo tempo em que é influenciado e se relaciona a um espaço social mais amplo. No campo, trava-se uma luta entre os agentes que o integram e que buscam manter ou alcançar determinadas posições hierárquicas que são obtidas pela aquisição de capitais simbólicos, valorizados de acordo com suas características e regras específicas.

medicina, a epidemiologia, a geografia, a sociologia, de um lado; a linguística, a semiologia, a cibernética, a filosofia da linguagem, a publicidade, de outro). Somado a essa gama de conceitos, noções e definições pertinentes a cada uma dessas áreas do conhecer, há que se pensar em dimensões envolvidas no setor de planejamento, administração e gestão. Talvez mesmo, se possa dizer que é o “tempero” mais ou menos calibrado pelo conjunto de intenções que definem uma política mais ampla de saúde que garante que o binômio comunicação e saúde se integre não apenas no sentido de uma comunicação mecânica ou puramente midiática.

### **Saúde: breves considerações sobre o campo**

Para citar o caso específico da Saúde Pública no Brasil, uma visão positivista, fruto da interação entre Saúde e Ciência, marcou momentos que antecederam a Reforma Sanitária, no início da década de 1970. Essa mudança de paradigma, que passou a considerar as condições de vida da população e as transformações necessárias para atingir a “qualidade de vida” (conceito que, apesar de profuso, incorpora aspectos da realidade social e individual que não se limitam ao estar ou não acometido por uma doença), ultrapassou uma matriz biologizante<sup>1</sup> oriunda do modo de pensar a saúde em voga desde as décadas finais do século XIX. Inserida no contexto da Ditadura Militar, a Reforma Sanitária brasileira pode ser compreendida também como uma resposta à situação política que defendia como projeto nacional um modelo ainda curativo e centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital.

Ainda que se pudesse falar da existência e permanência de uma medicina social como ideal desde os anos de 1940 até os “Anos de Chumbo”, as iniciativas para a transição de uma

concepção de política de saúde pautada pelo atendimento da massa de trabalhadores, que passa a se concentrar nas grandes cidades, para uma visão ampliada dos conflitos que regem as transformações sociais como um todo, não encontra, nos anos da Ditadura, um ambiente favorável. Em um período no qual palavras, como “social”, encontravam um encaixe ideológico gerador de violência e censura, o projeto hegemônico na saúde não admitia a presença efetiva da população como sujeito de demandas, de interesses e de propostas.

Quando pensamos no processo de construção de sentido que decorre de toda a situação comunicacional, as informações que circulam em um determinado contexto sócio-político encontram aquilo que poderíamos chamar de “ancoragem da significação”. A simples omissão de um termo como “social” em discursos sobre a saúde articulados ao Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), em várias ocasiões<sup>III</sup>, ou mesmo a escolha seletiva pela ocultação de certas palavras, com o intuito fazer parecer que a realidade se encontra destensionada, não rompe o encadeamento de sentido existente na linguagem, base do ato de comunicar. No caso específico da mensagem propagada pelo poder público responsável pela implementação de políticas de saúde durante o Período Militar, pode-se dizer que, ideologicamente, o termo “social” é substituído pelo significado “modernização”, refletindo com isso uma “leitura” da realidade brasileira, realidade considerada

<sup>III</sup> “Por ocasião do anúncio do II PND, o Ministro da Previdência proferiu discurso na Escola Superior de Guerra, recomendando, como medidas necessárias, a redução das desigualdades sociais e a ampliação da área de atendimento das necessidades sociais da população em termos das escolas, da habitação, dos níveis sanitários básicos, da proteção médica e previdenciária, colocando-as como pressupostos para o processo de distensão política” (p.12).

No interior do plano também foram definidos os campos de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, ficando o primeiro com um “caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado” (p.239), o que demarcava também o perfil de financiamento governamental e das estruturas prestadoras de atenção à saúde” (p.12).

pelas elites como “atrasada” (oposta ao “moderno”) e, conseqüentemente, não saudável.

No contexto brasileiro, o Estado ainda desdobrava, nos anos de 1970, uma política atrelada ao desenvolvimentismo orientado pelas ideias da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), vinculada a Organização das Nações Unidas (ONU), tendo como pressuposto da ação política o planejamento de intervenções, cujas prioridades eram determinadas de maneira centralizada. A saúde foi considerada, portanto, como mais um fator de impulso econômico, juntamente com outras políticas, correlacionada ao controle estatal subordinador e ao bom andamento da economia: manter a população com saúde significava manter o trabalhador apto para produzir<sup>IV</sup>.

Enfim, se o período pré-Ditadura (cuja amplitude temporal se prolonga, a grosso modo, de 1945 a 1964) foi marcado por grandes mudanças na área da Saúde no país, a partir da influência norte-americana que levou o Brasil a adotar o modelo de saúde baseado em grandes hospitais, colocando em segundo ou terceiro planos a constituição contínua de uma rede de Atenção Básica com baixo custo; no período posterior (1964 a 1988) observa-se um avanço parcial com a iniciativa de políticas sociais que fomentaram a redemocratização da Saúde<sup>V</sup>. Paralelamente, dois ou mais movimentos foram tomando corpo nos anos que antecederam o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). De um lado, a estruturação e o funcionamento dos grandes hospitais cada vez mais atende aos interesses e às necessidades

crescentes da indústria farmacêutica e dos equipamentos médicos, que pode ser interpretado como uma reação burguesa ao aprofundamento do capitalismo no contexto nacional.

O papel do Estado redimensiona a implantação de políticas sociais em vários campos, com destaque para a Saúde e a Educação. Uma situação global marcada pela superprodução de bens, em contraponto ao desemprego gerado pelas inovações técnicas, acompanha a retração do comércio mundial e a elevação de preços das matérias-primas, gerando inflação e recessão em países periféricos como o Brasil. O sentimento de estagnação impacta diretamente as políticas públicas de um modo geral, conduzidas pelo Estado ditatorial através de um regime cujo modelo de desenvolvimento se mostra inoperante.

### Comunicação: atravessamentos

Para chegar à concepção da saúde como um processo que não pode ser entendido como um fenômeno biológico ou biomédico, mas sim como uma espécie de superposição de camadas que espelham a complexidade da vida social (como se vive e morre; os valores relacionados ao viver ou não dignamente; as experiências do universo do trabalho; as interações entre o indivíduo e o meio social e ambiental; os sentidos vários de qualidade de vida etc.), torna-se fundamental destacar dois campos de conhecimento que passaram a se associar cada vez mais com os novos modos de pensar a Saúde: a Educação e a Comunicação.

Tratando especificamente da Comunicação, não é demais dizer que esse campo não se limita a uma área do conhecimento. Comunicar pode ser entendido como um conjunto de ações que perpassa todos campos de atividade humanas e sociais. Nesse sentido, comunicar algo nunca pode ser entendido como um objeto isolado de um

<sup>IV</sup> É interessante o paralelo aqui entre a política de Saúde e a de Educação nesse período, especialmente a proposta de formação da massa trabalhadora pelo projeto do Mobaral: alfabetizar para que os trabalhadores sejam capazes de ler manuais de operação de máquinas. A Educação se voltava para o trabalho, assim como em parte a Saúde.

<sup>V</sup> “Dessa forma, a fase que se estende por cerca de quinze anos, e que denomino de “pré-saúde coletiva”, foi marcada pela instauração do ‘projeto preventivista’. A segunda fase, até o final dos anos 70, não isola os ideais preventivista, mas reforça a perspectiva de uma ‘medicina social’, e, a partir de 80 até a atualidade, vai se estruturando o campo da Saúde Coletiva”<sup>25</sup> (p.5).

meio em que outras ações comunicativas estão ocorrendo em um campo social. Sinteticamente, poderíamos afirmar que uma ação comunicativa sempre se coloca em relação a outra ação comunicativa que, de modo explícito ou não, lhe confere não apenas o contexto em que essa ação se “encaixa”, mas também quais os possíveis sentidos que ela carrega e produz.

O percurso da Saúde, que brevemente indicamos há alguns parágrafos atrás, nos permite entender o alcance das ideias sobre o processo comunicacional de forma bastante didática. A opção por um modelo de Saúde Pública hospitalocêntrico, cujo valor maior é depositado no conhecimento hiperespecializado, em detrimento do atendimento na Atenção Básica, “comunica” por si só uma série de elementos que passam a compor as formas a partir das quais situações comunicativas institucionais passam a ser “decodificadas”, ou seja, valoradas e significadas pela população.

As construções dos conceitos de saúde que desempenharam funções hegemônicas ao longo de vários períodos de nossa história nacional encontraram, em maior ou menor escala, níveis de entendimento que permitiram comunicar à população (nem sempre de modo claro, é bem verdade) o que se considerava possuir ou não saúde, tanto individual quanto coletivamente. Sempre esteve em jogo uma série de conhecimentos e noções sobre os conceitos de saúde e doença que orientava não apenas as tomadas de decisão sobre quais seriam as ações políticas mais adequadas ou desejadas, como também, quais seriam, em uma dimensão mais elementar, as informações que deveriam ser veiculadas para “tornar pública” a ação política levada a termo, educando com isso a população para que ela pudesse se “adequar” ao modelo de saúde em curso.

Ou seja, comunicar nunca foi somente transmitir informações. Ao comunicar algo, seja qual

for o espaço social em que isso ocorra, transmite-se também um modo como um conjunto de informações deve ser compreendido. Os desvios existentes entre a intenção inicial do que se deve informar e como essa informação deve ser “decifrada” e como ela deve ser efetivamente compreendida (aquilo que os comunicólogos chamam de “ruído”) correspondem ao trânsito próprio do processo comunicacional. Muitas vezes, o ruído não é um efeito de uma má decisão daquele que necessita comunicar (muitos insistem em acreditar que, para dialogar com a população, o trabalhador da Saúde deve “facilitar” a exposição dos conceitos, promovendo inclusive uma “tradução” de termos técnicos para seus correspondentes “populares”, infantilizando os sujeitos para lhes sonegar um contato efetivo com sua própria situação de saúde).

Propor simplesmente um diálogo com a população, sem considerar as assimetrias existentes entre senso comum e conhecimento científico, por exemplo, não necessariamente garante que ocorra um nível desejável de compreensão que acarrete em alguma mudança de comportamento que venha a solucionar problemas relacionados à saúde em indivíduos ou em uma coletividade. Isso a própria experiência tem mostrado. As estratégias que pressupõem conversas, trocas e compartilhamentos, baseados em arranjos descentralizados ou horizontalizados, mas que não levam em consideração a natureza própria da linguagem e de seu aspecto comunicacional, derapam em problemas muitas vezes difíceis de dimensionar. Nesses casos, onde se localizam os problemas? Ou ainda, como tornar mais efetiva, democrática e interessada uma ação comunicativa que esteja vinculada a uma política de Saúde?

Não nos propomos, neste texto cujo objetivo é apenas introdutório, a resolver essas questões. Contudo, algumas pistas podem fazer pensar os limites de algumas estratégias comunicacionais



(e, por extensão, educacionais) que circulam em cursos de formação e capacitação de trabalhadores da Saúde. Como afirma Bakhtin<sup>2</sup>,

*“Aquilo que nós falamos é apenas o conteúdo do discurso, o tema de nossas palavras. Um exemplo de um tema que é apenas um tema seria, por exemplo, “a natureza”, o “homem”, “a oração subordinada” (um dos temas da sintaxe). Mas o discurso de outrem constitui mais do que o tema do discurso...” (p.144).*

Uma informação, ou “conteúdo do discurso”, não atinge o outro/interlocutor apenas em seu significado determinado a partir de uma intenção inicial daquele que a originou. Uma informação não se limita a uma simples codificação e decodificação mecânica entre emissor e receptor, o que põe por terra a crença em certos modelos mecanicistas que embasam o ato comunicacional. Trata-se de um processo mais complexo no qual é possível destacar a existência implícita de pressuposições, ambiguidades e indeterminações que influenciam na produção dos sentidos e significações dos sujeitos que circulam pelo campo da Saúde.

Podemos dimensionar, ao menos, duas formas de análise referente à recepção de uma informação: uma que reduz o seu significado ao nível de compreensão, referindo-se a um encaixe dessa informação em uma estrutura “pronta”, e outra, que relaciona o uso e significado do termo ao nível interpretativo, referindo-se à construção de sentido em relação ao conteúdo de algo enunciado em que a informação signifique. Para que alguém possa, de fato, se apropriar de algo que ressignifique seu comportamento, o acesso à informação não pode ser mecânico. Por essa razão, o investimento em estratégia de comunicação que faça parte de uma política de saúde não pode ser implementado sem considerar como as pessoas significam a realidade em que vivem.

Cabe à ação comunicacional partir do pressuposto de que o outro, como diz Bakhtin<sup>2</sup>, constitui, com aquilo que é para ele comunicado, uma relação de troca discursiva que é maior do que um simples tema, por mais relevante que ele seja. Ao contrário do que se pensa, não basta apenas comunicar; para que ocorra de fato um impacto nos modos de ser de uma população em relação a sua situação de saúde, a informação deve significar algo cujo valor produza um “ressignificar” de posturas tidas como verdadeiras e/ou cotidianas.

### Considerações finais

O ponto de partida para a formulação de estratégias relacionadas à Comunicação em Saúde deve ser, portanto, não o que se quer ou se deve informar, mas sim o que se quer ou que pode transformar o modo de vida das pessoas. Para tanto, admitir as assimetrias e os conflitos que permitem a tomada de consciência dos limites existentes entre o que se comunica e o que é efetivamente comunicado é o (talvez difícil) passo inicial.

### Referências

1. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1975.
2. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. 4ª edição. São Paulo: Hucitec; 1988.
3. Bourdieu P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989. p.59-73.
4. Donato AF. Trançando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde. [tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
5. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e um conceito. Saúde e Sociedade. 1994; 3(2):5-21.

6. Nunes TCM. As políticas de saúde e o ensino da Saúde Pública no Brasil de 1970 a 1989. In: A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 1998. p.12-20.

7. Oliveira J, Fleury S. Clímax da crise: Transparência da Estrutura de Poder (1980-1983). In: (Im) Previdência Social. 60 anos da Previdência Social no Brasil.. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO;1986. pp. 269-335

# Retomando teorias e entendendo casos de Comunicação em Saúde<sup>I</sup>

## Resuming theories and understanding cases of Communication in Health

Regina Figueiredo<sup>II</sup>

### Resumo

O artigo aborda os elementos envolvidos no processo de comunicação para a análise de casos de comunicação entre trabalhadores e gestores de saúde com seu público, a partir da perspectiva da Semiótica e da Antropologia da Saúde, salientando a noção da comunicação como troca de códigos culturais. Aponta a importância do cuidado em sua elaboração para haver efetividade de objetivos e troca de conteúdos e orientações em saúde.

**Palavras-chaves:** Comunicação em saúde; Antropologia da saúde; representações sociais.

### Abstract

This article approaches the elements involved in communication processes for the analysis of cases of communication between health workers and managers with their public, from the perspectives of Semiotics and Health Anthropology, emphasizing the notion of communication as an exchange of cultural values. It points to the importance of being careful when elaborating it, as to be effective with the objectives and exchanges of content and health orientations.

**Keywords:** Communication in health; Health anthropology; Social representations.

<sup>I</sup> Texto aprovado para publicação em 2012 e utilizado como exercício no curso de Aprimoramentos em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, nas disciplinas de Ciências Sociais em Saúde e/ou Antropologia da Saúde, desde 2013.

<sup>II</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade (FFLCH/USP), Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP) e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### **Introdução - elementos contidos na comunicação**

Por muito tempo, as teorias sociais<sup>2</sup> focalizavam o processo de comunicação como composto por três elementos clássicos:

EMISSOR → MEIO → MENSAGEM

Essa disposição aponta o foco principal nas disposições do comunicador e sua intenção de transmissão de conteúdos, demonstrando que o papel do receptor da comunicação era visto predominantemente como passivo, de alguém que receberia e seria contagiado pelo teor da mensagem. O meio seria apenas o caminho utilizado pelo emissor para atingir receptor(es).

Não à toa, a produção de membros da Escola de Frankfurt, em especial Adorno<sup>1</sup> e Horkheimer<sup>8</sup>, procurou explicitar e substituir o conceito de “cultura de massa” adotada no século XX, pelo de “indústria cultural”, designando forte intenção dos produtores de mercadorias culturais do capitalismo em desenvolver e

implantar desejos e demandas, com objetivo de “dominar”/“domesticar” à população receptora, tornado-a massa consumidora.

Nos anos 60, McLuhan<sup>12</sup> irá fazer uma ressalva nessas concepções, ao realçar o grande papel do meio utilizado para a expressão como fundamental sobre a mesma. Ou seja, o meio/mídia de transmissão da mensagem é um elemento determinante na comunicação dos conteúdos (“o meio é a mensagem”<sup>12</sup>). Contrariando a ideia deste elemento como neutro na passagem dos conteúdos comunicativos veiculados, o autor aponta o poder do meio em si mesmo. Assim, por exemplo, uma mensagem proferida oralmente ou por escrito, ou transmitida pela rádio ou pela televisão têm percepções distintas pelo receptor, desencadeando diferentes mecanismos de compreensão que podem adicionar ou retirar contornos e tonalidades e dar diferentes significados à própria mensagem.

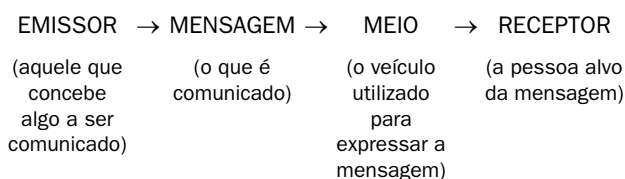
Realmente, sabemos a relevância do meio/mídia no processo de comunicação e na



transmissão de informações. É consenso que materiais ilustrativos têm potencial de facilitar a compreensão de um determinado assunto; ao mesmo tempo em que é certo que o acesso a determinado meio será prioritário para o recebimento da mensagem, ou seja, quem não possui computador ou não sabe manuseá-lo, por exemplo, não poderá adentrar nos conteúdos da internet, assim como uma pessoa com surdez perderá informação veiculada pela televisão – a menos que saiba ler lábios ou que a transmissão seja acompanhada da linguagem de libras. Por isso, por si só, o meio escolhido diz muito e até possibilita ou impossibilita o acesso, o tempo de presença e o apelo da mensagem, determinando se sua percepção será visual, auditiva, etc.

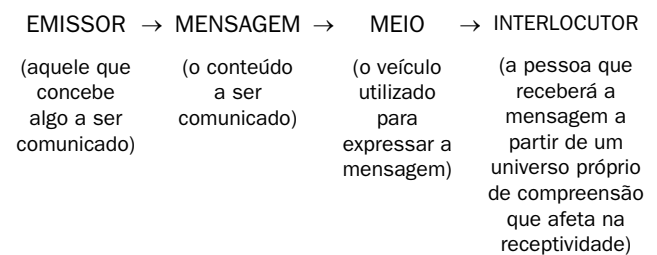
Mas, há exagero em dizer que o meio determina plenamente o conteúdo comunicado, como podemos verificar com o meio/mídia TV ou com a literatura impressa, que têm potencial de comunicar tão diferentes e qualitativas, positivas ou negativas mensagens. Mas o certo é que McLuhan, independente de priorizar o meio, terminou por apresentar para análise um elemento importantíssimo da comunicação: o papel do receptor e, conseqüentemente, a sua percepção, inferindo a idéia, não apenas que este não é um mero espectador de conteúdos, mas alguém que irá perceber e compreender a mensagem. Ou seja, lhe atribui ações, o sugerindo pela primeira vez como sujeito ativo.

Esse autor sugere a abrangência, de certa forma, ao papel do receptor, recompondo o universo comunicativo e midiático numa nova fórmula com quatro elementos:



Nesse sentido, o papel do “outro”, do(s) interlocutor(es) da comunicação passa a ser visualizado mais amplamente e tomando cada vez mais importância, fazendo com que, cada vez mais, a comunicação seja definida como um contato entre ser(es) individual(ais), portanto com subjetividades, tal como se preocupou a Escola de Palo Alto nos anos 80<sup>7</sup>, e capacidades interpretativas formadas a partir de um determinado ambiente social e uma determinada cultura.

Autores da Antropologia, como Novaes<sup>13</sup>, já ressaltavam que a comunicação, enquanto um fenômeno de “contato”, nada mais é do que uma troca. Tal troca não ocorre, obviamente, sempre entre iguais, visto que pode haver verticalidade de poderes entre ambos os envolvidos em sua mediação, como no caso da manipulação e o uso da tecnologia pelo emissor frente a um receptor com desnível sócio-econômico (fenômeno muito comum na comunicação de massa). No entanto, apesar de poder haver desigualdades verticais, o ato comunicativo em si concebe uma horizontalidade no processo que agora se institui como:



Contatar o interlocutor e seu universo simbólico torna-se imprescindível para que se estabeleça a comunicação, senão este processo não se efetiva, não existe. A própria origem da palavra comunicar/comunicação, do latim *communis* designa a idéia de comum e também sua origem *icar* significa difundir, espalhar<sup>4</sup>, indicando que para haver comunicação é necessário que o diálogo contenha pontos entre o emissor e interlocutor, de forma que este último participe da compreensão do significado da mensagem emitida pelo

primeiro. Constata-se assim, que a comunicação é intrinsecamente uma relação social entre dois ou mais pessoas onde, apesar das desigualdades sociais que possam existir entre seus participantes do processo comunicativo, prescinde de uma horizontalidade e igual participação no domínio de códigos lingüísticos entre as partes, senão se constitui apenas como tentativa truncada de diálogo. Toda vez que o insucesso comunicativo ocorre dá margem a decodificações e compreensões imprevisíveis por parte do interlocutor que interpretará as mensagens a partir de seu próprio repertório<sup>6</sup>.

Assim, relevar o papel do interlocutor (e não mais apenas do emissor e do meio utilizado), como participante do processo de comunicação, remete à compreensão sobre a importância de relevar também seu universo lógico e simbólico. Toda a construção abstrata do pensamento humano parte da forma de codificação e classificação do mundo e do estabelecimento de relações entre as coisas que o compõem. Como demonstrou Lévi-Strauss<sup>10</sup> existem várias formas de “enxergar” e, portanto, de nomear, classificar e pensar o real. A forma de raciocínio e explicação que a cultura adota será dada a partir desta classificação.

### Comunicação em Saúde - interação de códigos

Mas o que isso tem a ver com Saúde? Tudo, na medida em que a saúde põe em contato pelo menos dois personagens fundamentais: um profissional executor (mesmo que gerencial ou administrativamente) e sujeito (s) que receberá (rão) a orientação preventiva, o tratamento ou intervenção visando a cura.

Por isso, não apenas os veículos/meios que são escolhidos para transmitir mensagens da área de saúde (orientações de consultório, atividades de grupo, materiais educativos, programas de TV, campanhas, etc) serão fundamentais para que efetiva comunicação de saúde

se estabeleça, mas principalmente a forma como essas mensagens são passadas, ou seja, a linguagem e códigos que foram utilizados. Tal linguagem não se resume ao idioma adotado no território ou país, mas também a todos os signos utilizados no conjunto da linguagem, que precisam estar compatíveis com o universo simbólico do usuário de saúde para que se estabeleça efetivamente o diálogo. Como diz Martin-Barbero<sup>11</sup>, na comunicação há uma mediação de tramas e sentidos que podem fazer o deslocamento de significados no processo comunicativo.

É importante salientar que visões positivistas comuns, que partem do princípio que a linguagem escrita ou falada pelos profissionais de saúde ou gestores seria mais correta que as demais - priorizando uma visão de mundo imperativa, como diria Jullien<sup>9</sup> - é cair no erro de desconsiderar o papel do outro/usuário na comunicação e de seu poder de interlocução. Na Saúde Pública tal problema se faz visível e prioritário porque põe em contato profissionais normalmente de classe média, formados em capitais, portanto com status, junto a um público de nível sócio-econômico mais baixo e vindo de várias regiões do Brasil, incluindo o interior, com culturas totalmente distintas e sem status.

Por isso é fundamental igualar o papel do interlocutor na relação comunicativa, além de considerar compreender o papel dos signos utilizados para compor a linguagem utilizada na comunicação das mensagens.

Conforme a Semiótica<sup>3</sup>, a linguagem é formada por signos de comunicação que podem ser classificados sinteticamente por: ícones, índices ou símbolos descritos. De acordo com Pierce<sup>13</sup>:

Ícones: são os signos que retratam o real explicitamente, com representação *ipsis litteris* do objeto do qual se está referindo, como, por exemplo, um desenho de um homem e uma mulher. Por representar similarmente o real têm ampla compreensão universal:

.índices: seriam os signos que retratam o real de forma simplificada, procurando sugerir-lo por semelhanças, como por exemplo, a imagem simplificada do homem e da mulher muito utilizada em banheiros, também os ideogramas que compõem certos idiomas. Por isso, nem sempre é compreendido universalmente, pois pode haver pessoas ou culturas não habituadas a esta associação rápida. No exemplo, sabemos qual representa a mulher porque associamos o uso de vestido a esta.



Fonte: Imagens livres retiradas da internet.

.símbolos: são signos que retratam a idéia apenas por associações totalmente definidas pela cultura. Ou seja, extrapolam completamente o real, criando representações que só quem domina aquele código cultural irá entender. Como, por exemplo, o uso na entrada de banheiros de uma cartola e uma sombrinha. Estes, só seriam entendidos como masculino e feminino, respectivamente por quem foi criado na cultura ocidental, onde tais acessórios foram utilizados por homens e mulheres. Também letras ou sílabas que designam sons associadas aleatoriamente (por exemplo, por que um A tem som de A para nós? – em inglês designaria outro som), ou em palavras faladas (por exemplo, a onomatopéia “au-au” utilizada no português para o latido do cachorro, que na Alemanha é descrita com o som de “baú-bau”), ou expressões idiomáticas, que alguém de outra cultura jamais entenderia.



Expressões:

“Estou cansada de engolir sapo”

A linguagem escrita ou oral, portanto, a forma como se expressa e dialoga, nada mais é do que a utilização desses diversos tipos de signos, em sons, palavras, construção de expressões ou figuras de linguagem, articulados com determinada lógica de pensamento. Porém, a nossa cultura científica-ocidental, normalmente, não nos faz percebê-la como “construções”, mas como formas óbvias de reprodução do real, fazendo com que acreditemos que nossa cultura e nossa forma de ver o mundo, como diria François Jullien<sup>9</sup> é mais lógica que as demais.

### Descrição de casos de não-comunicação em Saúde

Vamos verificar os princípios descritos em alguns casos (“causos”) colhidos na área de saúde em diversas situações pela autora deste artigo:

- caso 1:

Um dentista<sup>III</sup> fazendo recomendação de higienização bucal caseira recomendou que uma paciente utilizasse para bochecho Cepacol, Malvatricim, Flogoral ou algum similar. A paciente afirmou que usaria Flogoral uma vez que já tinha o

<sup>III</sup> Relatado pelo Dentista Olindo Neto em site de “causos” ocorridos na Odontologia.

medicamento em sua casa. Quando voltou a consultar o profissional, reclamou que o medicamento era amargo demais, apesar de ter feito sua utilização correta. Como é sabido que o medicamento não tem sabor ruim, o profissional interrogou sobre a cor do medicamento — deveria ser verde — e, por surpresa, ouviu da paciente que era cor de rosa. A paciente havia utilizado Flogorosa para bochecho, medicamento de uso intra-vaginal feito para higiene íntima.

O caso acima reflete a falta de comunicação em saúde, do profissional que deixou de anotar o nome do medicamento de forma clara para a paciente e, ao invés disso, confiou na compreensão e na memória desta. Não foi a usuária que confundiu medicamentos, mas o profissional de saúde que a levou a confundi-los, pois foi componente-emissor da confusão comunicativa ao não ser explícito, acreditando que o universo dos remédios e suas denominações são de domínio geral, o que não é verdade. Talvez na compreensão dessa mulher nomes parecidos signifiquem medicamentos similares, assim como verificou Figueiredo<sup>5</sup>, que medicamentos com caixas iguais, como os antroposóficos, eram vistos como iguais por várias pessoas da população.

- caso 2:

Em uma orientação de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, realizada no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e Hepatites de Diadema<sup>IV</sup>, uma moça de cerca de 20 anos se mostrava bastante arredia à idéia de usar preservativo masculino. Depois de muita conversa, a psicóloga, profissional do serviço, descobriu o incômodo relatado pela usuária: Ela tinha ouvido falar que a camisinha estourava e estava com medo que essa “explosão” ferisse seus órgãos reprodutivos internos.

O que este caso retrata é que, em todas as campanhas de prevenção de DST/aids e de orientação de uso de camisinha fala-se do uso correto para que a camisinha não estoure, não fure, não rasgue. No universo lingüístico desta usuária o termo estourar está associado muito mais a bombas, provavelmente de festas juninas e rojões, que estouram, explodem. Portanto, o sentido que a moça usuário vinha absorvendo de todas essas campanhas (diálogos) foi a terrível ameaça que a camisinha representava para seu corpo caso explodisse internamente. Dentro de sua compreensão lingüística, o signo estourar estava associado ao simbolismo de “explodir”, portanto, ela está absolutamente correta em querer precaver e não se expor a tal perigo. Por sorte, pode ser ouvida e entendida pela profissional que captou a confusão comunicativa e refez o discurso, explicando o significado correto da expressão de uma forma dialógica que essa usuária compreendesse a mensagem.

O caso reflete uma forma de compreensão “ao pé da letra”, tal qual ocorreu em outro caso<sup>V</sup> onde, após uma demonstração de uso de preservativo realizado por uma profissional de saúde utilizando os dedos para simular sua colocação, o usuário do serviço ficou perplexo e interrogou se era “realmente” seria daquela forma (nos dedos) que se utilizava o método. Isso demonstra o perigo de fazer esse tipo de orientação sem perceber que vários usuários podem levá-la a sério, como ocorreu com uma mulher que fez colocação do preservativo em uma vassoura, imitando a demonstração de uma profissional de saúde em um CRT de Santana (caso já relatado por Figueiredo<sup>6</sup>).

<sup>IV</sup> Caso relatado por Psicóloga do CRT DST/Aids e Hepatites de Diadema à autora.

<sup>V</sup> Relatado por Domingo Nunes, aluno de Especialização em Educação Sexual da Universidade Salesiana – UNISAL.



- caso 3:

Numa orientação de Planejamento Familiar realizada numa unidade básica de saúde da Prefeitura de São Paulo, uma usuária recebeu a informação de que o diafragma é uma capa de silicone com uma mola na borda para ser colocada no colo do útero com a finalidade de evitar a gravidez e está disponível gratuitamente na rede de saúde. A usuária não manifestou nenhuma preocupação com questões sobre o funcionamento, eficácia ou praticidade do método. Essa mulher, apenas quis saber se o diafragma faria apitar as portas giratórias utilizadas em bancos, denunciando o seu uso.

O que esse caso revela em termos de comunicação em saúde? Que as preocupações que nós elegemos enquanto profissionais de saúde como prioritárias, muitas vezes não são as mesmas que imperam sobre o universo de nossos usuários. A usuária não tem preocupações de âmbito técnico, sua lógica reflete preocupações de seu universo cotidiano, onde provavelmente não deseja expor publicamente sua intimidade. Por isso, saber se o diafragma fará apitar uma porta com sensor de metais é primordial e não uma coisa sem sentido e nem uma ignorância. É fundamental. Neste caso, também o profissional em envolvido foi solícito e logo esclareceu que o tipo do metal do diafragma não é detectado por portas de bancos, favorecendo que a usuária possa incluir o método em seu rol de opções preventivas para a gravidez.

Esse caso reflete uma compreensão específica que remete à preocupação com a intimidade e o tabu que o tema sexualidade traz, tal como ocorreu em outro caso no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e Hepatites de Diadema, onde, após demonstração de colocação da camisinha em uma prótese feita por uma profissional, foi solicitada a repetição da demonstração a uma usuária. Essa requisição deixou-a totalmente constrangida e a fez afirmar

que estava menstruada, uma vez que entendeu que deveria inserir a prótese com a camisinha em sua própria vagina, procurando uma desculpa para evitar o evento. Percebendo a confusão, a profissional explicou que o pedido era para realizar a demonstração de desenrolar a camisinha apenas na prótese de borracha, ou seja, não atuou desqualificando a percepção e o modo de pensar da usuária, apenas estabeleceu uma conexão com uma orientação mais explícita que lhe fosse compreensível.

Cabe lembrar que a utilização da lógica do cotidiano pela população é comum em resoluções de problema de saúde, basta pensar o caso ocorrido no Mato Grosso<sup>vi</sup>, onde um paciente utilizou Durepox para fechar um buraco no dente, o que causou surpresa no profissional de saúde de odontologia.

- caso 4:

Numa atividade arte-terapêutica do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, localizado no bairro de Santana, São Paulo – SP<sup>vii</sup>, um paciente desenhou espontaneamente a bandeira do Brasil em laranja nos traços, com preenchimento em rosa. Seu trabalho foi logo comentado por outro paciente, que compreendeu que o uso dessas 2 cores fora devido à disponibilidade de tintas. Porém esse segundo paciente afirmou com veemência que o trabalho “não estava bom”, porque o certo seria que as cores tivessem sido utilizadas ao contrário, ou seja, que os traços deveriam estar em rosa e deveria haver preenchimento em laranja que seria o preenchimento. Ambos os pacientes sabiam claramente que as cores da bandeira são verde, azul e amarela.

<sup>vi</sup> Caso relatado por Eduardo Hanke em site de “causos” ocorridos na Odontologia.

<sup>vii</sup> Caso registrado em vídeo pelo documentarista Daniel Rubio, no Vídeo-Documentário “Arte no Vera Cruz”, do Projeto de intervenção de Graffiti e Música no Hospital Psiquiátrico, desenvolvido pelo Instituto Imagem Viva-Artver.com. Site: artver@artver.com



Fonte: Imagens cedidas pelo Diretor Daniel Rubio no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz.

O que esse caso demonstra a adaptabilidade à realidade na criação – utilizou-se as cores disponíveis - demonstrando que sua falta não seria impeditivo para a expressão da idéia. Fica demonstrado também que há uma ordenação lógica do “caos”, onde não havia nenhuma cor que compõe a bandeira realmente disponível foram utilizadas outras. Porém o que este caso chama mais a atenção é que apesar da lógica de substituição das cores reais por outras fora aceita, a forma de ordenação deste “caso”, a lógica classificatória escolhida pelo primeiro paciente, foi refutada pelo segundo demonstrando a diversidade de pontos de vista existentes entre as pessoas para ordenar o inesperado.

- caso 5:

Numa campanha de vacinação de varíola no Estado de São Paulo, em 1969, foram utilizados cartazes de convocação à população, cedidos pelo conhecido desenhista-quadrinista Maurício de Souza, que traziam ilustrado o conjunto da “Turma da Mônica” indo ao posto de saúde se vacinar. A questão é que entre os personagens havia também o do personagem, cãozinho, “Bidu”, o

que terminou promovendo que em diversas cidades da região de Ituverava as famílias também levassem seus cachorros para vacinação nos postos de saúde<sup>viii</sup>.

Esse caso registra a importância dos códigos de imagem contidos nas mensagens, mas ressalta, sobretudo, a importância de avaliar o significado de sua inclusão em comunicações de saúde. O cachorro Bidu desenhado, não retrata um cachorro real, ele é além de traços simplificados, ele é azul, portanto não é universalmente identificado como um ícone de cão. Porém, entre os brasileiros, o sucesso das tiras de jornal e revistas desse personagem o tornaram familiar entre a população, tornando-o um signo-índice de cachorro, o que fez transmitir a mensagem errônea que cachorros deveriam ser vacinados. Talvez se o cartaz fosse incluído numa campanha na Tailândia, ou outro país onde esse personagem é desconhecido (inclusive porque não existem cães azuis parecidos com os traços desenhados pelo autor), apenas pessoas iriam à vacinação, identificando-se com os ícones de crianças da Turma da Mônica, mais similares a perfis humanos.

A imprecisão de comunicação utilizando palavras ou desenhos já foi abordada neste periódico<sup>7</sup>, registrando a tendência maciça de seus usos “descuidados” em mensagens. Um grande exemplo que pode ser lembrado quanto ao uso de símbolos, ícones e índices foi a infeliz campanha de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids realizada pela área de comunicação do Ministério da Saúde em 2001, enviando material de extremo mau gosto para postos de saúde de todo o país: folhetos onde apareciam burros trocando seringas, que ao invés de chamar a atenção para que se evitasse o compartilhamento de

<sup>viii</sup> Caso relatado por Ausônia Donato, Coordenadora da Área Técnica de Ensino do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde durante o evento de lançamento do livro “Walter Leser”, no auditório da Faculdade de Saúde Pública em 2009.

seringas entre usuários de drogas injetáveis (ver imagem) com intenção a prevenção do HIV – vírus da aids, terminaram por sugerir a animalidade desses sujeitos, reforçando sua discriminação como além de “marginais”, são ignorantes, uma vez que este é um dos sentidos que a expressão “burro” tem em português, o que afasta por completo todo o trabalho preventivo de compreensão desse sujeitos como pessoas com problemas de saúde mental ligados à dependência química preconizado pelo próprio Programa de DST/Aids do Ministério da Saúde.



Fonte: Reprodução de folheto distribuído pelo Ministério da Saúde.

Além dos folhetos, essa “campanha de prevenção/promoção de saúde” elaborou cartazes onde papéis higiênicos sujos de fezes e absorventes íntimos sujos de menstruação eram expostos com a frase “Se fosse seringa você usava?”, que além do extremo mau gosto (tanto que resolvemos não reproduzi-los nessa revista), provocou reações de nojo em grande parte dos trabalhadores de postos de saúde que se recusaram a afixá-los, além de gerar um sintomático comentário feito por uma profissional de saúde de um desses locais: “não sabia que mulheres que usam drogas não devem usar *modess* para não passar aids...”<sup>IX</sup>.

<sup>IX</sup> Caso registrado pela própria autora em trabalho realizado em Diadema, na unidade de saúde do Jardim Inamar.

Esse caso mostra onde o descuido da comunicação pode chegar, gerando efeitos contrários aos pretendidos pelo emissor (ao invés de prevenir – destratar), ao invés de chamar a atenção (no caso dos cartazes), evitar que eles fossem expostos; além do comentário final da profissional descrito, que demonstra que mistura de temas e imagens podem gerar associação de idéias totalmente imprevisíveis e comunicar “maluquices” como a idéia de que usuárias de drogas não devem usar absorventes externos, o que não tem nada a ver com a prevenção.

### Considerações finais

Este artigo procurou salientar a importância da Comunicação em Saúde no fazer saúde, tanto em nível da prática propriamente dita, como da organização, concepção e gerenciamento da mesma. A expressão de mensagens e ideias pelo diálogo individual ou coletivo promovido pela Saúde Pública precisa estar amparada no conhecimento dos interlocutores de suas ações e mensagens, portanto, prescindem da compreensão de seu universo cultural, simbólico e lingüístico.

Apresenta-se a importância de ver o exercício gerencial, administrativo e profissional preventivo, de tratamento ou curativo da saúde como comunicação dialógica com a população beneficiária, ou seja, como diálogos onde dois ou mais universos estão horizontalmente em contato numa troca de percepções.

É fundamental abandonar atitudes discriminatórias que renegam o conhecimento popular ou das pessoas taxando-os de inábeis ou “ignorantes”, pois esses conhecimentos e lógicas que orientam suas práticas cotidianas. A oferta da saúde deve ser vista como uma interação de conhecimentos, de um lado o técnico-científico da Medicina Ocidental, de outro, as diversas técnicas saberes e suposições aprendidas

tradicionalmente ou utilizadas pela população, que nunca devem ser desvalorizadas.

É possível encontrar um equilíbrio dialógico entre as partes, de forma que o desenvolvimento científico e técnico possa complementar, apoiar e sugerir formas de cuidar da saúde e não tentar impor comportamentos que venham a ser “burlados” ou mal-compreendidos longe desse setor. Nenhuma ação de caráter homogêneo e vertical terá efetividade frente à diversidade de grupos e culturas que compõem a população brasileira. Fazer saúde significa, portanto, associar-se às Ciências Humanas para conhecer, compreender, decodificar e construir espaços de diálogo com essas pessoas.

#### Referências

Adorno TW. A indústria cultural e sociedade. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

Adorno TW. (1962). “Crítica Cultural e Sociedade”. In: Prismas – crítica cultural e sociedade. São Paulo: Editora Ática; 1998. p.76-90.

Eco H. Semiótica e filosofia da linguagem. Lisboa: Instituto Piaget; 1991.

Fernandes GJM. Grande dicionário etimológico prosódico da língua portuguesa. São Paulo: Editora Brasilia; 1974.

Figueiredo R. Noções de saúde, doença e cura como construções sócio-culturais. BIS – Bolet do Inst. Saúde. 2007; 41:6-10.

Figueiredo R. Imaginário cultural, comportamentos e comunicação em Saúde. BIS – Bolet do Inst. Saúde. 2007; 41:11-14.

Fonsi M. Escola de Palo Alto: sua contribuição para a cultura-análise de grupos e ação cultural. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo; 1997.

Horkheimer M. Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

Jullien F. O diálogo entre as culturas – do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.

Lévi-Strauss C. O pensamento selvagem. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1976.

Martin-Barbero J. Dos meios às mediações – comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.

McLuhan M, Fiore Q. The medium is the message: an inventory of effects. Harmondsworth: Penguin; 1967.

Novaes SC. Jogos de espelho: imagens da representação de si através dos outros. São Paulo: EDUSP; 1993.

Peirce CS. Semiótica. São Paulo: Ed. Perspectiva; 2000.



# Comunicação e Saúde na prática educativa

## Communication and Health in educational practice

Ausonia Favorido Donato<sup>1</sup>

### Resumo

O presente artigo terá como ponto de partida a reflexão sobre duas situações relatadas em uma oficina de trabalho junto a profissionais de saúde, com o objetivo de analisar os impasses da dimensão comunicacional no processo educativo. Seu desenvolvimento prevê a problematização das ideias que foram objeto de discussão entre os participantes da referida oficina, com destaque para a dimensão comunicacional como elemento constitutivo do processo educativo desenvolvido pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família junto à população. A perspectiva adotada terá uma concepção crítica da educação como parâmetro, considerando as práticas de comunicação no contexto das ações de atenção à saúde, das marcas da cultura local, e das interações entre os agentes de saúde e a população.

**Palavras-chave:** Comunicação; Educação; Saúde.

### Abstract

The present article has as its starting point the reflection on two workshops reported situations together with health professionals, aiming to analyze the impasses of the communicational dimension in the educational process. These development provides casting doubt on some ideias that were the object of discussion among the participants of this workshop, with emphasis on the communication dimension as a constituent element of the educational process developed by the Family Health Strategy teams together with the population. The adopted perspective will have a critical conception of education as a parameter, considering communication practices in the context of health care actions, local culture brands, and interactions between health agents and the population.

**Keywords:** Communication, Education, Health.

<sup>1</sup> Ausonia Favorido Donato (ausonia@isaude.sp.gov.br) é educadora, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Diretora do Núcleo de Ensino do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### **Introdução**

A exposição a seguir contém algumas das ideias que foram objeto de reflexão crítica dos participantes na oficina, vinculadas à dimensão comunicacional e sua relação constitutiva com o processo educativo. Trata-se, portanto, de um esforço de explicitá-las e sistematizá-las. O propósito é de levantar elementos que contribuam para a continuidade da discussão sobre o lugar da Comunicação no âmbito da Saúde à luz de algumas concepções educativas.

Problematizando situações e experiências significativas do cotidiano de trabalho e observações oriundas da I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais<sup>1</sup>, em 2005, relacionadas ao processo de comunicação, no âmbito da Saúde, foi-nos possível identificar alguns conceitos nucleadores que explicam e fundamentam uma perspectiva sobre a comunicação numa relação educativa.

Como ilustração, apresentamos duas situações dentre as várias relatadas pelos participantes. Será a partir destas duas situações que se pretende organizar pressupostos que permitam uma visão reflexiva sobre o tema central deste artigo.

#### **- situação 1:**

*Em uma comunidade, diante da necessidade de orientar a população sobre prevenção em DST/aids, os profissionais da saúde demonstraram o uso adequado de preservativo introduzindo uma camisinha num cabo de vassoura. Claro que tiveram o cuidado de perguntar aos presentes se haviam entendido a explicação, com o sentido de se assegurar que sua comunicação havia sido eficiente.*

*Seguros disso encerraram sua atividade.*

*Em seu retorno ao local se surpreenderam ao tomar conhecimento de que alguns daqueles ouvintes não estavam se protegendo contra aquelas doenças.*

No entanto, continuavam colocando, de forma correta, a camisinha no cabo de vassoura”.

- situação 2:

*“Um jovem senhor com elevada taxa de colesterol é orientado por um profissional de saúde, sobre a alimentação adequada. É enfatizada a restrição quanto às carnes vermelhas e ressaltada a exclusividade de carnes brancas.*

*No retorno do paciente se verifica grande elevação do nível de colesterol. Perguntado sobre sua alimentação, em especial sobre o consumo de carnes, ele declara de forma assertiva que “só comi carne branca. Durante esse mês só comi dobradinha e não aguento mais!”.*

### Problematizando

Entendemos que em ambas as situações as pessoas envolvidas aprenderam algo. Mas, o fizeram de forma mecânica. Ou seja, não conseguiram relacionar aquele conteúdo novo com sua vida e com seus saberes. Ocorreram ideias, símbolos e comportamentos repetidos, reproduzidos, mas, que nada significaram e que não tinham sentido para aquelas pessoas.

Esses ruídos em nossa comunicação são muito frequentes, principalmente se a particularizarmos para a prática sanitária. Suas razões são muitas. Uma possível está suposta em um dos mitos da comunicação humana: pelo simples fato de explicar-me muito bem, isto é, valer-me de meios e linguagem “adequados”, o outro (seja quem for) irá necessariamente me entender.

Em outras palavras, podemos dizer que o processo comunicativo está sustentado num modelo de comunicação linear, mecânico, unidirecional e, portanto, simétrico que pode ser representado esquematicamente segundo o modelo.

E (emissor) → M (mensagem) → R (receptor)

No que interessa à concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a mudança, a transformação, a conscientização, a libertação, que dá suporte aos movimentos de educação popular em saúde e entende que na relação do profissional da saúde com a população, necessariamente ambos se modificam, porque ambos são percebidos como portadores e produtores de conhecimentos distintos. A falta de referencial teórico metodológico relativo à comunicação faz com que assumamos de pronto que o que importa é fazer com que uma mensagem, partindo de um ponto de emissão, chegue a um receptor, situado num contexto. A linearidade desse tipo de raciocínio acaba por desconsiderar a feição dos sujeitos históricos<sup>11</sup> que estão por detrás desse processo.

Ao nos basearmos nos pressupostos da teoria crítica e analisarmos esses modelos de comunicação - um emissor que codifica e transmite uma informação, para um receptor que friamente a decodifica, necessariamente contestaremos a legitimidade da transparência de esquemas abstratos genéricos, binários e mecânicos que desmobilizam o aspecto tensional da comunicação entre homens e, como já apontamos, desconsidera-os como sujeitos históricos.

Com a intenção de possibilitar um aprofundamento dessas questões, discutimos um excerto de artigo de Martín-Barbero<sup>5</sup>, de 1991, e que agora compartilharemos com os leitores.

Um competente profissional da comunicação, que trabalhou durante anos em famosa rede colombiana de emissoras de ação popular, contara a Martín-Barbero<sup>5</sup> que a direção de tal rede realizou sua primeira pesquisa entre os

<sup>11</sup> Entendemos *sujeitos históricos* como aqueles que são atravessados pela história, pela economia, pela política, pela cultura, pela ideologia, construindo, no campo híbrido desses atravessamentos, sua subjetividade. A partir dessa concepção, o entendimento de toda razão comunicativa vai muito além da simples razão instrumental.

camponeses, havendo nela uma pergunta óbvia: “Qual programa vocês ouvem mais, diariamente?” A resposta majoritária foi: “a reza do terço”. Diante de tal resposta, os pesquisadores ficaram desconcertados, pois não podiam explicar como, entre tantos programas educativos e práticos de informação agrícola, de entretenimento etc., fora “a reza do terço”, o que obtivera a maior audiência. E, convencidos de que a resposta se devia à falha da pesquisa ou dos entrevistadores, decidiram refazê-la e lançá-la novamente aos camponeses. Mais uma vez, a resposta foi a mesma: o programa preferido era “a reza do terço”. Bastante inquieto, um dos entrevistadores aprofundou as razões da resposta, perguntando diretamente aos camponeses o porquê dessa preferência. E a resposta foi: “...porque é o único programa em que podemos responder aos de Bogotá; em “a reza do terço”, eles dizem uma parte da Ave Maria e, nós, a outra (“Santa Maria, mãe de Deus...”), é o único programa em que eles não falam sozinhos”.

A partir deste caso, elencamos uma série de indagações que se referem ao distanciamento que nós, educadores, comunicadores da saúde, estabelecemos, por vezes, com a população com a qual estamos comprometidos, ao propormos desenvolver ações coletivas na direção da promoção de saúde, da melhoria da qualidade de vida, na prevenção de doenças, dentre outras. Enfim, o porquê desse distanciamento. Justifico a hipótese de “distanciamento entre os profissionais de saúde e população”, pelo fato destes e, fazendo uma analogia com a história contada – “a direção da rede de emissoras” –, manifestarem surpresa, decepção, “desconcerto” diante da resposta dada pelos camponeses.

De forma recorrente, os estudos que tomam para si esta questão, incidem sobre as dificuldades do emissor ao transmitir sua mensagem aos receptores. Dificuldades, no geral, entendidas como despreocupação com o tipo de linguagem ou

com o meio a ser utilizado no processo de comunicação. Desta forma é que se tenta traduzir as mensagens em termos simples, claros e acessíveis. Em uma análise direta do caso, podemos dizer que existe um emissor comprometido (a rádio local), um receptor disponível (no caso os camponeses), um canal adequado (o rádio), um código comum (a língua espanhola), mensagens de interesse coletivo (entretenimento, informações agrícolas, etc.) e, por fim, um contexto comunicacional comum (que diz respeito, genericamente, à função da rádio local em transmitir certos tipos de informação à população).

Entretanto, a comunicação não se efetiva nos moldes previstos pelo pesquisador da rádio. Podemos notar aí, que sua preocupação, reside centralmente na utilização da linguagem, respeitando-se é claro o encadeamento entre todos os elementos da comunicação.

Retomando a ideia da utilização de meios e linguagens adequados, nos perguntamos: O que isso – meios e linguagens mais adequados – significa? O que é ser mais adequado? Ser mais adequado significa apropriar-se de um mesmo código no sentido de aproximar os dois elementos: emissor-receptor. Outra observação, diz respeito à compreensão dos meios utilizados. Esses não devem ser entendidos apenas como meios técnicos, de massa, meios ampliados. Podemos entender a presença de um agente de saúde, um agente comunitário, um educador em saúde, ligado mais a um determinado local, região, como meios de comunicação.

Ainda com relação à linguagem no processo de comunicação, ilustramos com outra ideia, relembrando pequena experiência, em que se analisavam alguns folhetos sobre diarreia. Na época, havia necessidade, por parte dos técnicos da área da educação em saúde, de reformular estes materiais. Consultou-se, dentre outros, um especialista no assunto em questão, perguntando-lhe



o quê da mensagem deveria ser modificado, no sentido de facilitar o entendimento por parte da população. A única sugestão dada foi: Mudar o termo diarreia para “cocô mole”.

Com esse exemplo, queremos ressaltar, que embora se tratasse de um discurso científico, dedutivo, a alteração referiu-se apenas à terminologia. Neste caso, há uma concepção morfológica da língua, isto é, trocando termos pensa-se que mudamos a totalidade de sentido, o que não é verdade necessariamente. Pode-se trocar o termo, mas a estrutura é mantida. É preciso tomar certo cuidado, porque alterações no plano morfológico, podem não significar mudanças substantivas, do ponto de vista global, estrutural daquele enunciado. Como, muitas vezes, não se tem o domínio da linguagem desse elemento popular, podem-se supor esquemas que se acredita teoricamente serem capazes de suprir a distância. Daí “cocô mole” e não “diarreia”. Ou seja, há um pressuposto de que a recepção aceitará, ela terá maior facilidade em descodificar a informação se se alterar esse nível morfológico. Portanto, se se criar uma espécie de “sinônimo”. Ressaltamos a ideia de que, muitas vezes, em nome da simplificação da linguagem, enfatizamos o nosso público adulto.

Com relação ainda à questão do distanciamento entre os profissionais de saúde e a população, explicada em termos da utilização de meios inadequados de comunicação, gostaríamos de fazer outro comentário. Muitas vezes, nos deparamos, escolhendo aqueles que, no entender dos educadores, comunicadores, melhor se adaptam ao público visado. É comum, por exemplo, escolhermos um filme, “pois nossa audiência é constituída, em sua maioria por analfabetos”. O significado de tal escolha (filme), parece se prender ao fato de que a linguagem do filme é mais facilmente decodificada, na medida em que a imagem é percebida como algo que

prescinde de “alfabetização”. Devemos dizer que tal ideia constitui-se em equívoco. Sabe-se que, para a compreensão de um filme há necessidade de aprendizado. Pode-se até dizer que há uma alfabetização cinematográfica, uma vez que a imagem tem sua composição complexa, tem sua forma de contar a experiência humana, a experiência de vida, diferente da maneira da palavra.

Em suma, devemos dizer que a questão da relação de comunicação entre profissionais de saúde e população tem sido objeto de várias investigações, dentro desta mesma ótica: a dificuldade do emissor no que respeita aos meios e linguagens utilizados. Embora muitos destes trabalhos se revistam de sofisticação metodológica, permanece o referido enfoque. Certas pesquisas, por exemplo, de natureza qualitativa, pretendem apreender tal relação por meio da análise do discurso dos referidos profissionais. Mais uma vez, ousamos dizer: a mesma abordagem é garantida, sedimentada. Com isso, não gostaríamos que o leitor se precipitasse a concluir que a utilização deste modelo - análise centrada no emissor - leve, necessariamente, a não se ouvir a população, isto é, o receptor<sup>3</sup>.

Em estudos em que se criam intencionalmente situações nas quais a população é ouvida, com objetivo de verificar o entendimento ou não da mensagem construída pelo emissor, as perguntas formuladas pelo emissor já circunscrevem as respostas do receptor.

Justificamos estas considerações, aparentemente óbvias e corriqueiras, na medida em que existem por parte dos educadores, comunicadores, uma sólida crítica em relação a esta abordagem.

Retomando a passagem de Martín-Barbero<sup>5</sup> – dos camponeses de Bogotá –, convém perguntarmos: o que esse autor quer nos dizer?

Barbero<sup>5</sup> está dizendo o seguinte: durante muito tempo se separou demais a chamada

cultura erudita da cultura popular. Havia uma divisão muito acentuada entre ambas. Dizia-se que a cultura popular é menos forte, menos vigorosa do que a cultura erudita. Diante desta nítida dicotomia, o autor traz uma nova contribuição, afirmando que essas culturas são híbridas, ou seja, há um fenômeno de hibridização cultural<sup>5</sup>, isto é, os fluxos entre a cultura popular e a cultura erudita são maiores do que imaginamos, sobretudo na chamada cultura de massa.

Martin-Barbero<sup>5</sup> defende a tese de que a cultura popular é fortíssima. É tão forte que, inclusive, às vezes, a chamada cultura erudita, por mais que queira se impor, não fura certo bloqueio. Ou, quando consegue, ela se hibridiza<sup>4</sup>. Pode-se apreender que a questão cultural é muito mais complexa do que os esquemas binários nos fazem ver. Assim é que a cultura popular se constitui com tal vigor, com tal forma, naquela realidade espacial, física, social que pouco adianta os especialistas da comunicação da referida rádio oferecerem informações importantes à atividade de trabalho agrícola aos camponeses e até mesmo de entretenimento. Em síntese, Barbero<sup>5</sup> está nos dizendo que a cultura popular é riquíssima, diversificadíssima, cheia de nuances, tanto é assim que tem o seu *modus operandi*. Neste sentido, a perspectiva desse autor é o resgate desta cultura de um lado e de outro mostrar o processo de hibridização.

Afinal, porque “a reza do terço”? A reza está ligada a essa tradição de cultura popular. A reza da Ave Maria, sendo rádio de Bogotá, sendo da cultura formal religiosa, está enraizada na cultura popular, então, surge o diálogo. E, por que é o único programa apontado que deixa falar? Por que é um programa que sai de uma fonte formal, de uma fonte cultural/formal – que está numa tradição religiosa – mas como tem ecos com a cultura popular, isto é, como está internalizada na cultura popular, então a realização do diálogo

surge, ou como dizem os seus ouvintes: “porque responder aquilo”. Sendo assim, as pessoas param em Bogotá para rezar.

Martin-Barbero<sup>5</sup> se insurge deste episódio de Bogotá contra modelos de inspiração funcionalista. Esse autor adota uma perspectiva segundo a qual a relação entre sujeito-emissor e sujeito-receptor tem mediações. Isto é, é mediada por uma série de fatores de ordem cultural, histórica e de várias naturezas que alteram esta relação. Assim, enquanto a mensagem – principalmente a veiculada pela comunicação de massa – e os meios e comunicação representam a questão central para os funcionalistas, para este autor as mediações se constituem o foco de atenção. O que se destaca aqui é a visão ampliada de Martin-Barbero, ao evidenciar o contexto social, cultural que circunscreve e determina a relação comunicativa entre ambos os sujeitos<sup>5</sup>.

A noção de mediação é fundamental, aqui tomada, não no sentido de retomar o lugar do líder grupal ou de opinião – visão positivista – mas, qualificá-la no receptor, no emissor, no processo grupal, social, cultural, etc.

O caso dos camponeses da Colômbia fez-nos pensar que, embora os programas de educação e comunicação social tenham muitas vezes um propósito social de libertação, de atingir realmente a população a qual se destinam (no caso, as classes populares), muitas vezes, também, ao cuidar quase que exclusivamente do conteúdo da linguagem e do meio a ser utilizado, deixam de investigar os códigos de percepção e reconhecimento, os dispositivos de enunciação do popular que se materializam e se expressam sob a forma de memória popular e do imaginário de massa.

Feitas essas incursões em torno de modelos de comunicação, de forma sucinta, os participantes da oficina, julgaram sua inadequação e imperitância à concepção de educação e comunicação, no escopo da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), pois, que esse, devido suas finalidades deve se orientar numa abordagem dialógica, conforme pensamento de Bakhtin<sup>2</sup>. Para tanto elegemos como um dos conceitos que melhor se adequa à compreensão do fenômeno comunicativo no campo da educação em saúde, o de dialogismo.

Isto significa que o processo discursivo ocorre na medida em que os agentes implicados no ato de comunicação conseguem transcender a simples compreensão linguística. A base sobre a qual se efetiva o processo de comunicação possui um lastro histórico, do qual, o código (a linguagem) é resultante. Portanto, a participação do “destinatário” na construção do significado da mensagem é decisiva. Sem ela, o processo comunicativo não se efetiva.

### Considerações finais

A vida é por natureza, dialógica, como diz Bakhtin<sup>2</sup>. Assim, viver significa dialogar no e com o mundo. E isto o homem faz com toda a sua inteireza, com toda sua vida.

É fundamental que os profissionais de saúde e, em especial, as equipes da ESF, em sua

prática educativa, considere as diferentes opiniões, os vários jeitos de ver as coisas e perceba que as experiências são heterogêneas porque são vivenciadas de modos diferentes, por diferentes sujeitos e em momentos históricos<sup>1</sup>.

### Referências:

1. Associação Nacional da Rede Unida. VI Congresso Nacional da Rede Unida, I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais, III Fórum Nacional de redes em Saúde, Reunião de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Belo Horizonte; 2005.
2. Bakhtin M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. 6ª. Edição. São Paulo: Hucitec; 1992.
3. Donato AF. Traçando redes de comunicação. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2000.
4. Garcia CN. Culturas híbridas. São Paulo: Edusp; 2014.
5. Martin-Barbero J. De los médios a las mediaciones. comunicación, cultura y hegemonia. Barcelona: Gustavo Gili; 1991.
6. Sousa MW. Recepção e comunicação: a busca do sujeito. In Sousa MW. (Organizador). Sujeito, o lado oculto do receptor. São Paulo: Brasiliense/ECA/USP; 1995.

# A saúde como produto tecnológico de consumo e comunicação anti-SUS na televisão: o caso do Jornal Nacional

*Health as a technological product of consumption and communication anti-SUS on television: the case of Jornal Nacional*

Eduardo Caron<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo apresenta resultados de pesquisa sobre a saúde em matérias jornalísticas veiculadas pelo Jornal Nacional da Rede Globo de Televisão durante o ano de 2012. Ao longo de 12 meses matérias sobre saúde foram levadas ao ar em metade de sua programação. As categorias temáticas Hospital, Ciência & Tecnologia, Mercado, Hábitos e Comportamento, Questões Epidemiológicas, Corporação Médica predominam na pauta do jornal. Discute-se a incorporação tecnológica na produção de saúde tendo o hospital como recurso assistencial e sua relação com o mercado de produtos e serviços de saúde. As representações do Sistema Único de Saúde são discutidas em matérias sobre o hospital público, a atenção básica, e em reportagens internacionais, quando comparado ao sistema público de saúde britânico, o *National Health System* - NHS.

**Palavras-chave:** Medicalização; Mídia; Sistema público de saúde.<sup>1</sup>

## Abstract

This paper examines results of research on the coverage of Health themes presented in national TV news broadcasted by *Jornal Nacional da Rede Globo de Televisão* – during the year of 2012. Along twelve months, TV news about health sum up half of the total length of the program. The following categories constitute the main subjects reported: Hospital, Science and Technology, Market, Behavior, Epidemiology, Medical Corporation. We discuss the technological incorporation in health, where the Hospital is the main care resource linked to the market of health services and products. Representations of the SUS – Sistema Único de Saúde – are discussed based on news reports about the public hospital, the primary care public services, and on international news that compare SUS and NHS - National Health System.

**Key words:** Medicalization; Media; Public health system.

<sup>1</sup> Eduardo Caron (eduardo.caron@usp.br) é cineasta pela Escola de Comunicação e Artes (ECAS) e psicólogo pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), Mestre e Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Coordenador de formações profissionais em Educação em Saúde e Gestão Autônoma de Medicação e programas escolares de prevenção ao abuso de álcool de drogas, ligados ao SUS.





### A pesquisa

Aprofunda-se na contemporaneidade brasileira uma torção do direito à saúde, operada no contexto da preponderância do mercado e da saúde como bem de consumo<sup>1</sup>, das políticas de Estado que negligenciam e desmontam serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>8</sup>, e da produção de práticas discursivas que qualificam a saúde como artefato tecnológico<sup>2</sup>. Parte deste processo constitui a produção de regimes de verdade sobre a saúde presente na mídia televisiva. No cotidiano dos brasileiros nenhum outro meio de comunicação é mais presente ou influente do que a televisão, a principal referência cultural no país<sup>6</sup>. Entre 2012 e 2015, apenas o *Jornal Nacional*, programa jornalístico noturno da TV Globo, teve uma audiência média de 22 a 25 milhões de telespectadores diários nas 14 principais regiões metropolitanas do país<sup>7</sup>.

Analizamos imagens e discursos verbais de 246 inserções sobre saúde apresentadas no

*Jornal Nacional* ao longo dos 12 meses de 2012, totalizando 7 horas e 15 minutos de vídeo, (disponibilizadas no site desta emissora<sup>11</sup>) e acessadas através da palavra-chave “saúde”. Estas inserções foram apresentadas em 159 edições do programa, mostrando que o tema saúde aparece em metade de todas as edições ao longo de um ano, representando 20 a 50 minutos mensais de programação e tema salientado como de abertura do programa 9 edições.

Essa análise envolveu a seleção dos temas centrais dessas reportagens, segundo 6 categorias temáticas definidas que somaram 87% da amostra: (1) a categoria “hospital” inclui todas as matérias que têm por tema central a assistência, estrutura, recursos e procedimentos hospitalares; a categoria (2) “ciência e tecnologia”, que inclui as reportagens sobre pesquisas e

<sup>11</sup> Site: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/videos>

desenvolvimento de novas tecnologias, realizadas em laboratórios ou instalações hospitalares; a categoria (3) “mercado”, que agrupa as matérias que tratam das questões do consumidor, regulamentação da circulação de produtos e planos de serviços de assistência hospitalar e médica; a categoria (4) “hábitos e comportamento” reúne as matérias sobre alimentação, sedentarismo, tabagismo e drogadição; a categoria (5) “questões epidemiológicas” agrupa matérias cujo foco é a prevenção e o enfrentamento público de doenças infecciosas, ou agravos e doenças abordadas do ponto de vista populacional; (6) a categoria “corporação médica” agrupa reportagens que tratam de questões sobre a formação e o exercício da profissão médica, resoluções e regras deontológicas e decisões do Estado em que a corporação médica toma parte.

**Tabela 1** – Categorias Presentes nas Matérias sobre Saúde Veiculadas

**No Jornal Nacional (TV Globo), em 2012**

Categorias	Presença nas Matérias de Saúde do Jornal Nacional
“hospital”	28%
“ciência e tecnologia”	20%
“mercado”	11%
“hábitos e comportamento”	12%
“questões epidemiológicas”	10%
“corporação médica”	6%
Total	87%

**Resultados e discussão**

A composição temática encontrada nas matérias “desenha” uma determinada forma de ver e definir a saúde, que se caracteriza pelo dispositivo médico-centrado<sup>9</sup>. Os dispositivos são invisíveis exatamente porque é através deles que os objetos do mundo são vistos e definidos.

Ao dar visibilidade e significado a objetos através dos dispositivos, simultaneamente subjetividades se constituem<sup>4</sup>.

No caso do Jornal Nacional, metade da sua programação em saúde se ocupa da incorporação tecnológica das ciências biomédicas na produção de saúde, tendo o hospital como recurso assistencial. Das matérias classificadas como “ciência & tecnologia em saúde”, 82% reportam novos produtos a caminho de serem disponibilizados no mercado, sendo 43% sobre pesquisas para a produção de fármacos, 39% de reportagens sobre procedimentos hospitalares, cirúrgicos ou biotecnológicos, materiais e equipamentos. Por sua vez, o tema da “assistência hospitalar” está implicado secundariamente em outras 13 reportagens sobre pesquisas e avanços tecnológicos e em 13 matérias sobre regulação de mercado, planos de saúde e proteção ao consumidor. Dessa forma os eixos temáticos “hospital”, “ciência & tecnologia” e “mercado” – que constituem 59% das matérias sobre saúde –, se superpõem ordenando os sentidos de produção e acesso aos bens de saúde. Inseparável dos processos de reificação, essa ênfase no dispositivo médico-centrado gera a mercantilização da saúde e uma progressiva alienação, situação em que, para adquirir saúde, o sujeito necessita consumir procedimentos e produtos.

Completando essa visão geral dos principais temas sobre saúde abordados no Jornal Nacional, 28% das matérias reportam 3 categorias temáticas afins: “questões epidemiológicas” (12%) e “corporação médica” (6%). Nestas reportagens o Estado tem grande participação: quando se trata de surtos de doenças infecciosas, campanhas de imunização sazonais e vacinação infantil, por exemplo, os postos de saúde pública e o Ministério da Saúde respondem pela informação da matéria; já a quantidade de sal no pão feito na padaria é uma questão da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o impacto do uso de tabaco nas contas do SUS, as ações governamentais para o controle da obesidade nas escolas e a regulamentação da cirurgia bariátrica para menores de idade ou o financiamento de ações contra o uso de *crack* são outros exemplos de temas noticiados que marcam a saúde como questão política na vida social.

Esses são apenas alguns exemplos de uma biopolítica<sup>5</sup> que subjaz todas as reportagens. A presença da corporação médica nas matérias jornalísticas sobre saúde evidencia sua força política. Por exemplo, a decisão do Supremo Tribunal Federal sobre o aborto de fetos anaencéfalos ou a legislação sobre a ingestão de álcool antes de dirigir são temas apresentados na televisão como de âmbito da competência médica. Assim, a corporação médica goza de grande prestígio na mídia. Mesmo quando não é tema central, sociedades médicas de especialidades são chamadas a prestar depoimentos sobre diversos temas de saúde. No total, a corporação médica apareceu em 11,5% da programação do *Jornal Nacional* em 2012. Essa sinergia entre corporação médica e mídia aparece também nas matérias que criticam os programas governamentais para a ampliação do ensino de medicina no país ou de incentivo dado a médicos para trabalharem na Atenção Básica em regiões carentes desses profissionais.

- o hospital:

Nas matérias do *Jornal Nacional* não há outra referência assistencial que não o hospital. Outros equipamentos aparecem associados à imunização e à prevenção, mas nunca à assistência médica. Além das 68 matérias em que é o assunto central, o hospital aparece no total de 104 inserções que somam 2 horas e 55 minutos ou 40% do tempo anual destinado à saúde no *Jornal Nacional*. As doenças apresentadas são ameaçadoras e a intervenção hospitalar é apontada

como decisiva para a salvação das pessoas com a máxima urgência e o hospital se mostra o recurso para quem deseja se proteger da morte:

*“Artur hoje com 4 meses esteve entre a vida e a morte (...) de repente o fígado do bebê parou de funcionar: Artur estava com hepatite fulminante e precisava com urgência de um transplante. A doença é rara e extremamente grave, e a perspectiva dele seria muito sombria, praticamente não teria perspectiva de sobrevivida. Com apenas 2 meses Artur entrou na fila para enfrentar um desafio: ser o mais novo paciente do Brasil a passar por um transplante de fígado”* (*Jornal Nacional*, 3 de Julho de 2012).

Entre estas 68 reportagens onde a assistência hospitalar é o objeto central, destaca-se um conjunto de 23 matérias que apontam seus holofotes sobre internações e tratamentos de celebridades e pessoas ilustres, nas quais o hospital de alto padrão tecnológico é caracterizado como um ícone máximo de saúde. Nestas reportagens, o foco é o procedimento médico, minuciosamente explicado com atributos de cientificidade, eficácia, precisão e rapidez:

*“Reinaldo Gianecchini está no hospital desde ontem e fez o Petscan: um exame que avalia as condições dos órgãos e tecidos do paciente. O Petscan mostrou que a doença respondeu ao tratamento, ou seja, ele tem condições de saúde pra fazer o autotransplante de células-tronco. O autotransplante deve recuperar o sistema imunológico... Os médicos retiraram células saudáveis da medula óssea que, depois da quimioterapia, serão reinjetadas no organismo dele, com isso a medula óssea doente será reconstituída com células normais”* (*Jornal Nacional*, 5 de janeiro de 2012).

As reportagens exibem imagens gráficas e exames que enxergam o invisível através de sofisticada tecnologia e atesta a propriedade de um saber que lhe confere poder. No hospital, senadores ou mesmo o presidente da República estão às ordens deste saber médico altamente especializado, como vemos em reportagem de 28 de março sobre o ex-presidente Lula e em 16 de abril sobre o presidente do Senado Federal e também ex-presidente da República José Sarney. Como ícone de eficácia em prol da salvação de vidas, o hospital goza de apoio logístico da mais alta prioridade a serviço dessa urgência.

*“O jato com uma equipe médica e uma mini UTI móvel decolou com destino a São Paulo às duas da tarde e chegou ao aeroporto de Congonhas 1 hora e meia depois. Como o estado clínico de Pedro Leonardo é delicado os médicos tomaram todas as precauções” (Jornal Nacional, 26 de abril de 2012).*

Tais atributos, somados a imagens luxuosas das instalações de hospitais privados, aonde artistas famosos e pessoas ilustres são pacientes, compõem um ícone altamente propagandeado como objeto de consumo. Por fim, embora o hospital seja palco de extrema tensão, o final de toda história é sempre feliz nessas matérias.

*“Feliz desse jeito nem parece que Artur, hoje com 4 meses, esteve entre a vida e a morte ... Dois meses depois Artur ganhou peso, se alimenta normalmente e esbanja saúde” (Jornal Nacional, 3 de julho de 2012).*

As manchetes de abertura das edições desenhavam diariamente o perfil das representações do hospital nesse programa jornalístico. O tema da saúde foi matéria de abertura de 9 edições durante o ano, das quais 5 são sobre assistência hospitalar, sendo que 1 reporta um caso de salvação de um recém-nascido, 1 trata de filas de

espera em hospitais conveniados a planos privados de saúde e 3 caracterizam o hospital público como um lugar repulsivo e arriscado.

Durante o ano, 12 matérias do Jornal Nacional reportaram o sucesso de intervenções hospitalares e a *expertise* da equipe médica de hospitais públicos ou conveniados ao SUS; porém este fato é ocultado e omite-se a identificação com sistema público de saúde. Inversamente, as 30 matérias que nomeiam explicitamente o hospital público, abordam a falta de estrutura, a falta de médicos, de vagas ou se tem como alvo crimes, negligência, falhas ou greves, associando-se explicitamente o SUS a esses hospitais.

Enquanto nas matérias que evocam o hospital ideal, bebês ou pessoas ricas e famosas são mostrados como pacientes, no hospital público foca-se preferencialmente os adultos pobres. É estarrecedor o contraste social estampado na tela: o SUS reportado nestas notícias realça as desigualdades e caracteriza o que é público como pobre e carente. As reportagens do Jornal Nacional estudadas e que focam a carência de estrutura representam o hospital público como equipamento deficiente, superlotado e sujo, utilizando os seguintes termos: “morte de recém-nascidos”, “situação dramática”, “degradante”, “uma tragédia na saúde pública”, “cena absurda”, “totalmente desabastecido”, “restrição no atendimento”, “omissão de socorro”, “falta de orçamento”, “elevadores quebrados”, “UTI improvisada”, “equipamentos encostados sem uso, mofo, infiltração, ferrugem e moscas”, “o mal cheiro torna o ar pesado”, “ficar jogado igual bicho”, entre outros.

A reportagem sobre o cancelamento de procedimentos e o sofrimento causado aos usuários devido a elevadores quebrados no Hospital das Clínicas de uma grande metrópole, de 11 de outubro, é emblemática da dificuldade de acesso aos bens de saúde. Há falta de vagas, o sistema de saúde é deficitário, de modo que o usuário



sofre pelo fato de estar doente e sofre o desamparo de não poder acessar os serviços hospitalares. A falta de vagas impõe ao usuário do SUS uma espera irreduzível. A morte está presente na imagem desta espera: ou alguém não será atendido e sua vida ficará em risco, ou alguém precisa ir a óbito para liberar uma vaga numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em 31 de março, a reportagem apresenta o acompanhante prestando depoimento em frente ao hospital: “tem que esperar alguém, né, falecer, pra ver se consegue essa vaga pra ele”.

Nas reportagens do Jornal Nacional a “falta de médicos” é um problema crucial do SUS, apontada como a causa da mortalidade de recém-nascidos, em matéria de 2 de julho, e de intercorrências por demora no atendimento como a amputação da perna de uma criança, em 24 de outubro. A falta de médicos é associada à falta de recursos do SUS. Em 2 de julho, a reportagem exhibe autoridades que afirmam que a dificuldade para a contratação de médicos é de ordem financeira. Conflitos salariais entre médicos e governo aparecem nas greves de médicos, exibida em 14 de março e em 28 de maio, exibidas como causa de transtornos em hospitais públicos.

Neste contexto, um dos aspectos da denominada “carência de infraestrutura do hospital público” é a ênfase na condição desumanizada a qual o usuário é submetido. O SUS é assim representado como promotor da desumanização.

*“Nestas imagens feitas com celular, pacientes aparecem no corredor do Hospital Estadual Loyola e ali mesmo no corredor os pacientes fazem as sessões de quimioterapia” (Jornal Nacional, 31 de maio de 2012).*

Matéria que exhibe paciente prestando depoimento:

*“A gente tem que ficar subindo e descendo chamando a enfermeira, a gente pensa que*

*os enfermeiros aqui da triagem vão pelo menos olhar o soro, verificar, dar suporte, mas eles não vêm aqui não” (Jornal Nacional, 31 de maio de 2012).*

- a Atenção Básica

Fortemente associadas a postos de saúde, campanhas de vacinação, inspeção domiciliar por agentes contra a dengue, as matérias sobre imunização e prevenção compõem a categoria mais frequente de representações positivas sobre a Saúde Pública, agrupadas na categoria “epidemiologia”, que reúne 25% das inserções que citam explicitamente os serviços públicos de saúde. Além das ações preventivas e de imunização, esta categoria também inclui matérias sobre o enfrentamento de surtos, o monitoramento de casos e a divulgação de dados epidemiológicos, sendo que em 2012 as doenças e agravos referidos nas reportagens sobre Saúde Pública foram: gripe, câncer, drogas, tabagismo, obesidade, diarreia, hepatite e sintomas respiratórios. Vale destacar que as matérias sobre tabagismo e obesidade tratam do alto custo dos tratamentos e cuidados dispensados pelo SUS, inclusive com métodos e programas para mudanças de hábitos, ao mesmo tempo em que se critica o peso excessivo destas ações no orçamento da Saúde Pública.

Ao longo de ano de 2012, 13 das 21 inserções sobre a Atenção Básica reportam campanhas de imunização contra a gripe, a pólio, pela atualização das cadernetas de vacinação infantil e sobre recomendações pontuais contra o sarampo e a pneumonia. Observamos nestas matérias o semblante sorridente dos apresentadores que anunciam a campanha, a presença de crianças bonitas e felizes, o depoimento técnico que confere confiabilidade ao procedimento, o depoimento emocional das mães, a exibição de ambientes limpos e confortáveis nas unidades básicas de

saúde, e o chamado positivo do repórter para a ida a esses postos de saúde.

Essa representação positiva da vacina aparece de forma dramática na busca espontânea da população por vacina contra a gripe frente ao surto ocorrido na região sul do país, em matéria veiculada em 10 e 17 de julho. Segundo a matéria, essa pressão fez com que os secretários de saúde municipais reivindicassem do governo federal centenas de milhares de doses de vacina contra a gripe. Já técnicos e gestores do Ministério da Saúde declararam ineficaz a vacinação em massa durante o surto; a argumentação técnica amplamente divulgada na televisão parece que não muda a configuração simbólica da população da vacina como procedimento de proteção. Essa força simbólica é tal que levou gestores de saúde proceder à imunização dos usuários independentemente da ineficácia técnica da ação. Assim, é sobre essa base simbólica que se assentam as representações positivas da Atenção Básica.

O SUS tende a ficar na sombra não somente nos temas da alta complexidade hospitalar e tecnologia de ponta: nas 13 matérias que noticiam as campanhas de imunização não há referência explícita ao SUS. Não se associa às cenas os equipamentos e equipes da Atenção Básica ao SUS. Quando se trata de vacina as matérias se referem exclusivamente a “postos de saúde”.

Se as matérias sobre imunização fazem menção aos “postos de saúde”, a invisibilidade do sistema público de saúde é ainda maior nas ações de prevenção e promoção da saúde. Nas reportagens sobre a campanha nacional contra a obesidade infantil, exibida em 5 de março, e sobre a prevenção da hepatite, exibida em 28 de julho, vemos profissionais de saúde atuando em ações preventivas em escolas, mas omite-se quem são eles. De onde vieram esses profissionais de saúde que estiveram nas 22 mil escolas examinando 5 milhões de alunos conforme

noticiado? Durante todo o ano, apenas uma única reportagem associa explicitamente ao SUS, os profissionais da Atenção Básica e o “posto de saúde”, em uma matéria do dia 31 de maio sobre a ação educativa de promoção da saúde, em nas ações do Dia Mundial sem Tabaco. Esse ocultamento demonstra o desinteresse da mídia pela Atenção Básica, tal como se apresenta na reportagem de 1º de março sobre o índice de Desempenho do SUS: o foco está na avaliação do provimento de serviços hospitalares, destacando os seus problemas, e ignora-se a avaliação da Atenção Básica.

Outra face das representações da Atenção Básica se encontra associada a territórios desprovidos de boa assistência à saúde, como aldeias indígenas, municípios carentes do Norte e Nordeste do país e periferias urbanas sem saneamento básico, desenhando um tipo de representação da Atenção Básica afeito à imagem de um SUS carente e para pobres. Essa caracterização adquire conotações dramáticas em reportagens nas quais a Atenção Básica está associada à má gestão, violência e ilegalidade.

Em 26 de abril, a matéria do Jornal Nacional denuncia o desperdício de quantidades de remédios vencidos nos equipamentos de saúde de Várzea Grande, no Mato Grosso, e ataca o SUS, desqualificando-o com a exibição de depoimentos de usuários.

Em 5 de setembro, a reportagem noticia o homicídio de uma usuária atingida por disparos de um policial que perseguia um fugitivo dentro de uma unidade básica de saúde, no Rio de Janeiro, reforçando a representação da Atenção Básica como provimento de serviços de saúde onde há maior vulnerabilidade social. Nesse sentido, a Atenção Básica é o SUS mais pobre, onde qualquer policial entra e dispara: não é um lugar respeitado. O fato midiático diz que num equipamento desses a vida das pessoas tem menor valor.

O próprio jornal é invasivo: aborda o equipamento atrás da notícia policial sem reverência aos usuários do lugar, sem atentar para a desvalorização da vida das pessoas que usam aquele espaço. É notório o contraste com as matérias sobre internações de celebridades em hospitais de luxo, quando todo cuidado é tomado para proteger a imagem pública da instituição e a privacidade dos clientes.

Essa representação que desqualifica o usuário pobre dos serviços públicos também pode ser vista na reportagem de 20 de janeiro sobre o surto de diarreia em aldeias indígenas. O caso é apresentado com uma gravidade preocupante, pois as causas são desconhecidas. O depoimento médico expõe que os indígenas são mais vulneráveis aos sofrimentos e mortes porque “eles casam entre eles”. Essa interpretação oferece uma explicação que tranquiliza a consciência dos “não-índios” diante do desconhecimento, ao mesmo tempo em que reforça o senso comum que desqualifica o usuário do SUS, neste caso, indígenas supostamente “enfraquecidos” por incesto.

#### - a corporação médica e o SUS

Apoiada sobre esse discurso que valoriza a cientificidade biomédica, a mercantilização da saúde, a assistência hospitalar e desvaloriza a Atenção Básica, a corporação médica entra em conflito com o SUS, critica o provimento público de assistência médica e a qualificação do profissional médico contratado por esse sistema para atuar nas áreas mais pobres. Em matéria de 10, 11 e 12 de dezembro, representantes dos conselhos médicos e gestores de conceituadas escolas de medicina são apresentados prestando depoimentos em reportagens que denunciam a baixa qualidade do ensino das novas faculdades inauguradas pelo programa do Ministério da Educação para a ampliação do ensino de Medicina,

e mostram a precariedade dos hospitais-escola onde os alunos fazem residência.

Em 15 de dezembro, a Unidade de Saúde da Família de Tarauacá, no Acre é apresentada em imagens da faixa rasgada na fachada de suas instalações modestas. Com uma trilha sonora dramática, a reportagem mostra médicos trabalhando ilegalmente, fazendo a narrativa com uso de jargões policiais: “Nessa blitz recente, um flagrante” – representando a Atenção Básica como palco de “uma situação criminosa que vem ocorrendo”. A “blitz” reportada foi realizada por representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM), à procura de profissionais sem registro neste conselho. Segundo a reportagem, a contratação ilegal de médicos sem qualificação profissional, isto é, sem certificação válida e sem CRM, é uma prática corrente no SUS em lugares carentes de médicos.

Em 27 de dezembro, a reportagem sobre o programa de contratação de jovens médicos pelo governo federal mostra uma aspiração da corporação médica para atuar em equipamentos de maior complexidade, e critica as piores condições de trabalho nos equipamentos básicos, principalmente nas regiões mais carentes, prioritárias para o programa governamental de contratação de médicos para o SUS.

No mesmo mês, justificando o discurso corporativo crítico ao SUS, o Jornal Nacional apresenta uma série de reportagens que retratam um SUS mal gerido, com escassez de médicos e de recursos materiais; em 7 de dezembro denuncia a precariedade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em São Luís do Maranhão. Em 3, 4, 6 e 8 de dezembro exhibe filas extensas de pacientes doentes dormindo na calçada em frente ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, no Rio de Janeiro, à espera de marcação de consultas.

Para concluir essa composição de reportagens que depreciam o provimento público de assistência médica, em 13 de dezembro assistimos uma reportagem de 4 minutos e meio sobre a excelência do NHS:

*“Todos os médicos neste país quando deixam a universidade trabalham pro NHS, sigla inglesa que define o Sistema Nacional Hospitalar, o equivalente ao nosso SUS, só que o NHS é considerado o melhor sistema de saúde pública do mundo, permite que os profissionais continuem estudando, se aprimorando, paga bem, e o mais importante: é o mesmo salário pra quem trabalha aqui na capital Londres, numa cidade de porte médio ou num pequeno município isolado, assim há bons médicos espalhados por todo o país”* (Jornal Nacional, 13 de dezembro de 2012).

Por oposição ao *National Health System* (NHS), sistema público de saúde do Reino Unido, a reportagem infere que no SUS falta aprimoramento profissional e falta de médicos porque esses profissionais são mal remunerados. Esta reportagem sobre o NHS valoriza a formação médica voltada para a alta complexidade e a pesquisa biomédica. Essa composição de temas apresenta uma construção polarizada em que a Atenção Básica se situa num campo de baixa qualificação médica associada à baixa complexidade assistencial, em oposição ao NHS que representa alta qualificação profissional para a atuação em equipamentos de alta complexidade hospitalar.

*“O laboratório é a sala de aula. Nenhum aluno se forma em medicina na Grã-Bretanha sem fazer muita, muita pesquisa. Por isso todas as universidades do país investem pesado em tecnologia de ponta” (...)*“*faculdades e hospitais trabalham integrados. Aqui o aluno pesquisa e pratica desde o primeiro*

*dia de aula”* (Jornal Nacional, 13 de dezembro de 2012)

Essa justaposição cria uma ironia em relação ao SUS pela grandiosidade com que o NHS é representado. Em 1 de Setembro o jornal reporta a internacionalização do NHS exibindo instalações hospitalares na glamorosa Dubai frequentada por milionários de todo o mundo e destaca o alto valor de mercado dos seus serviços para estrangeiros. É uma forma negativa de representar um SUS carente e pobre.

*“Saúde tipo exportação. O NHS, sistema nacional de saúde britânico, equivalente ao SUS, agora não tem mais fronteiras” (...)* “*O NHS, que aqui na Grã-Bretanha é gratuito para os cidadãos, cobra, e cobra caro, quando o paciente vem de fora”* (Jornal Nacional, 13 de dezembro de 2012).

Embora o SUS e o NHS sejam sistemas de saúde públicos de acesso universal, se situam em patamares totalmente distintos: o SUS cobre 45% dos gastos totais em saúde do país, enquanto o NHS cobre 83%<sup>10</sup>. Nessa medida o SUS está mais próximo do perfil norte-americano cujo gasto público em saúde é da ordem de 47%, enquanto um sistema misto que coexiste com grande participação de planos privados de saúde, que no Brasil, ultrapassa a casa dos 50 milhões de clientes. O contraste exibido na televisão entre as imagens de hospitais privados de luxo e aquelas de hospitais públicos depreciados por políticas ou por gestão predatória, manipuladas pelo discurso midiático, expressa uma desmesurada desigualdade de acesso evidenciada pelas diferenças de oferta para o usuário exclusivo do SUS e aquele que tem amplo acesso ao mercado privado<sup>3</sup>:

Os gastos privados no Brasil, 55% do gasto total, são em grande medida destinados à assistência médico-hospitalar consumida por 25% da população;



Os gastos públicos do SUS, 45% do total, incluem todos os custos da saúde pública para além dos custos assistenciais;

O público usuário do provimento público de assistência médica é da ordem de 75% da população.

Mas as reportagens que comparam o SUS e o NHS não apontam as desigualdades sociais no acesso à saúde no Brasil. Para caracterizar o NHS em contraste com o SUS, as reportagens se apoiam sobre quatro fundamentos: o conhecimento científico biomédico; o modelo hospitalar como paradigma de assistência a saúde; o mercado de produtos tecnológicos de saúde e de serviços médicos; e a centralidade da corporação médica.

Estes fundamentos são inseparáveis. A biomedicina produz as tecnologias de intervenção, ordena o modelo tecnoassistencial hospitalar informado por essas tecnologias e promove a comercialização de seus produtos. As reportagens enunciam que, para alcançar a qualidade e, por conseguinte, o valor de mercado que tem os serviços do NHS, o SUS deve investir no modelo hospitalar, em tecnologia de ponta e no salário do profissional médico. Ambos os sistemas de saúde, embora estatais, operam num mercado que desponta como a mais promissora área de negócios do planeta.

### Considerações finais

Novos produtos e tecnologias são anunciados na mídia, prescritos pelos médicos e ofertados no mercado, ampliando demandas de consumo. A incorporação de tecnologias amplia o espectro de profissionais na área da saúde, diversifica a demanda de conhecimentos e eleva os custos dos serviços. O biopoder, ou seja, o poder dos discursos da área médico-biológica, tem alargado fronteiras nos campos da pesquisa

biotecnológica e da bioeconomia, integrando laboratório, hospital e mercado de capitais<sup>11</sup>.

A desvalorização do SUS e da Atenção Básica exibida ostensivamente na mídia, tomando-se o exemplo do Jornal Nacional, situa-se neste contexto complexo cujas variáveis estão profundamente imbricadas.

O próprio Estado estabelece políticas anti-SUS<sup>12</sup>, na medida em que subfinancia o sistema, incrementa o mercado e destitui direitos sociais. Neste contexto de expansão do biopoder, os direitos humanos de segunda geração progressivamente vêm perdendo sustentação nas sociedades contemporâneas. Paradoxalmente, à medida que racionalidade científica amplia seu poder de intervenção sobre os corpos e a vida, a própria modernidade põe em crise os seus fundamentos humanistas e universalistas.

### Referências

1. Caron E, Lefevre F, Lefevre AMC. Afinal, somos ou não somos uma sociedade de consumo? Consequências para a saúde. *Rev Cien Saude Colet*. 2015; 20(1):145-153.
2. Caron E, Lefevre F, Ianni AMZ. A saúde como ciência e o corpo biológico como artefato: o caso do Jornal Nacional. *Rev Cien Saude Colet*; 2016. [acesso em: 5 ago. 2017]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-como-ciencia-e-o-corpo-biologico-como-artefato-o-caso-do-jornal-nacional/15743>.
3. Caron E. A Saúde do Jornal Nacional [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014. [acesso em: 5 ago. 2017]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28012015-072123/pt-br.php>.
4. Deleuze G. ¿Que es un dispositivo? In: Deleuze G. Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa; 1990. p.155-161.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2012.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD – Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro; 2013; 33:1-133. [acesso em: 20 ago 2015].

Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad\\_2013\\_v33\\_br.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2013_v33_br.pdf).

7. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). São Paulo: IBOPE; c2005-2012. [acesso em: 28 ago. 2015].

8. Merhy E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc.* 2012; 21(2):267-279.

9. Mehry EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E (orgs). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: Universidade Federal Bahia; 2009. p.29-56.

10. Organização Mundial de Saúde (OMS). *World Health Statistics*. Geneva; 2013. [acesso em: 20 nov 2015]. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

11. Rose N. *The politics of life itself Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press; 2007.

12. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cienc. Saude Colet.* 2013; 18(1):273-280.

# Novos discursos e modelagens do envelhecimento contemporâneo

## New discourses and models of contemporary aging

Monique Borba Cerqueira<sup>1</sup>

### Resumo

Assiste-se hoje a mudanças importantes no setor saúde, ancoradas por transformações sem precedentes no âmbito das tecnologias. Os discursos de longevidade, bem-estar e qualidade de vida passaram a ser estreitamente conectados a uma gramática relacionada à vida, ao corpo e à saúde que extrapolam as exigências do controle de populações, dando lugar a poderosas tecnologias de governo. O corpo, ao despertar múltiplas inquietações, tanto entre os próprios sujeitos produtores de identidade, resistências e sofrimentos, quanto entre pesquisadores que têm explorado exaustivamente novas configurações de pesquisa, surge como objeto de aspiração humana universal, inscrito em todos os segmentos da sociedade. O corpo que envelhece encontra na saúde a sua maior preceptora. A saúde é a instituição que mais intercede nos processos do envelhecimento humano — a saúde hoje ensina, constrange, monitora o envelhecer a partir de uma lógica de pedagogização da velhice, prática caracterizada por mecanismos de prudência e lisura.

Esse texto procura mostrar contextos, novidades, conflitos e resistências, segundo topografias socioculturais que revelam modos de envelhecer na contemporaneidade em diálogo com áreas sociais modelares como Saúde, Educação e Comunicação.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento; Vida saudável; Modos de envelhecer contemporâneos.

### Abstract

Important changes are currently being witnessed in the healthcare sector, anchored by unprecedented transformations in technologies. The discourses on longevity, well-being, and quality of life are now closely connected to a grammar related to life, body, and health, extending beyond the demands of population control and giving rise to powerful governance technologies. The body, by arousing multiple concerns both among the subjects that produce identity, resistance and suffering and among researchers who have explored new research configurations, emerges as an object of universal human aspiration, inscribed in all segments of society. The aging body finds its greatest preceptor in health. Health is the institution that most intercedes in the processes of human aging — health today “teaches” us to grow old based on a pedagogization of old age, a practice characterized by mechanisms of prudence and smoothness.

This text seeks to show innovations, conflicts and resistances, according to sociocultural topographies that reveal the ways of aging in contemporary times in a dialogue with model social areas such as Healthcare, Education, and Communication.

**Keywords:** Aging; Healthy life; Contemporary ways of aging.

<sup>1</sup> Monique Borba Cerqueira (moniqueb@terra.com.br) é cientista social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em Sociologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP), Doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais e Pós-Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Pesquisadora Científica do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).



## Introdução



Cena da animação “Up - Altas Aventuras”<sup>3</sup>, em que o personagem Carl Fredricksen, de 78 anos, está sobrevoando o espaço dentro de sua casa içada ao ar por balões.

Prudência e vigilância marcam o acelerado fenômeno do envelhecimento populacional, evidenciando uma preocupação internacional no âmbito da saúde, política e economia. O envelhecimento passa a justificar a redefinição de políticas e programas que visam transformar o perfil mundial da velhice. Surgem novas modalidades políticas de gestão da população idosa.

Predomina a visão biológica do envelhecer. A velhice passa a ser objeto de inúmeras práticas vinculadas ao discurso médico, desde o envelhecimento saudável, até a qualidade de vida e a terceira idade.

Atualmente, o aumento sem precedente da expectativa de vida pode ser considerado, simultaneamente, o maior avanço da história recente da humanidade e também motivo de alerta aos governos de todo mundo. Foi dessa forma que o processo de envelhecimento da população tornou-se protagonista dos debates sociais, pauta obrigatória na economia mundial, o que fez emergir uma realidade surpreendente e fugidia que reúne elementos positivos e negativos num cenário em permanente ebulição.

O envelhecimento celebrado pelo aumento mundial da longevidade tornou-se uma enorme conquista social, permitiu alterações estruturais na sociedade com impacto no mundo do mercado, do consumo e da mídia. Sobretudo, nos



últimos 40 anos no Brasil, envelhecer tornou-se um objeto de debate privilegiado, ao repercutir no âmbito da família, da comunidade, metamorfoseando drasticamente a experiência individual.

A longevidade aparece como uma grande revolução, uma imensa diversidade que aponta para a multiplicação indefinida de experiências, criando nexos com um repertório de novos fatos impensáveis. Tal cenário coloca os segmentos longevos prontos a negociar com a realidade novas inserções socioeconômicas e políticas. Mas concomitantemente, emerge uma profusão de recusas que atravessam as novas celebrações identitárias do envelhecer.

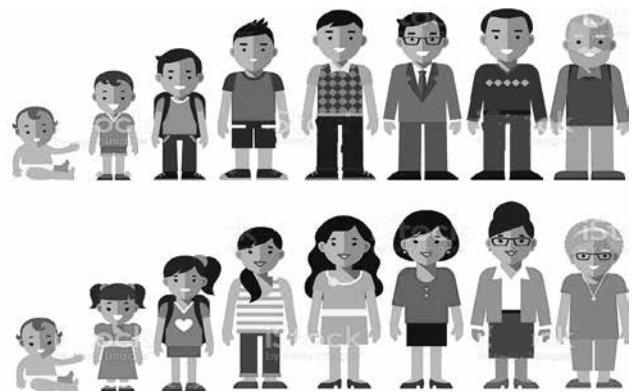
Como fenômeno de massa amplamente reproduzido pelo aparato midiático, os novos modos de envelhecer revelam condições rigidamente definidas quando remetidos aos comportamentos que se esperam desse grupo de idade. Temos envelhecido presos ao resgate da juventude e do rejuvenescimento como valores dominantes, ancorados em condutas e comportamentos previsíveis, irrefletidos, com espaço para uma visão de mundo pouco crítica, com prejuízos para a vida de quem envelhece. Nesse sentido, a emergência da multiplicidade como perspectiva na interpretação dos fenômenos recentes que envolvem o envelhecer dá a ver uma maior inserção social, mas também fragilidades, novos vazios afetivos, recusas, como as provocadas pela forte presença da medicalização — inconformidades que irrompem de todos os lados e, eventualmente, são apaziguadas por serviços e produtos oferecidos pela mídia.

Trata-se, muitas vezes, de um modelo de envelhecer que não admite que estejamos felizes apenas por estarmos vivos, maduros e satisfeitos com a nossa própria trajetória de vida. Ao contrário, a realidade nos informa que a felicidade na velhice vem sendo permanentemente associada a um conjunto de princípios normativos e estilos

de vida juvenizantes e hiper ocupacionais, o que no limite pode evidenciar sofrimento, desconforto e constrangimento entre os segmentos longevos.

Este é um artigo de revisão que procurou identificar conceitos e análises, apontando ainda problemas e questões essenciais que necessitam de estudos no campo do envelhecimento. Além disso, este trabalho parte do resultado de minhas pesquisas anteriores que, ao problematizarem a velhice e o envelhecimento, evidenciam uma série de fatores controversos na nova discursividade pautada pela velhice e o envelhecimento.

### Envelhecimento, mídia e juventude



Uma reconfiguração contemporânea da cultura dos grupos de idade vem determinando novos enquadres corporais, novas formas de pensar e existir, redimensionando corpos, comportamentos e mentalidades<sup>9</sup> (p.86).

Talvez nada tenha tanta importância hoje para pensarmos o envelhecimento contemporâneo quanto a compreensão das transformações que vêm ocorrendo com os grupos de idade, tal como nós os conhecemos<sup>6</sup> (p.14). Ao longo das últimas décadas, observa-se que todos os grupos de idade vêm sofrendo uma compressão, aproximando-se dos valores da vida adulta, com forte acento num estilo de vida jovem. Esse movimento de compressão ou constrangimento faz

com que características tradicionalmente aceitas para distinguir grupos etários estejam em mutação. Bebês são estimulados a acessar *tablets* e outras tecnologias (associadas à juventude), acelerando o desenvolvimento infantil, segundo os padrões e princípios da juventude contemporânea. A velhice vem sendo remetida à alegria, ao gozo juvenil, à ação e à aventura, associada ao preenchimento do tempo livre. Estimula-se a responsabilidade e maturação dos adolescentes, de ambos os sexos, cuja iniciação sexual ocorre de forma cada vez mais precoce em casa, com o estímulo e a anuência dos pais. Pode-se afirmar que a transformação mais uniforme sofrida por todos os grupos de idade é a perspectiva modelar que projeta estilos, *looks* e visões de mundo, tendo a juventude como valor absoluto. A chamada juvenilização da sociedade é um fenômeno que trouxe uma profunda mudança, produzindo padrões de juventude nas mais diversas esferas. Os valores produzidos pela cultura jovem são arrebatadores — beleza, ousadia, sensualidade, descontração, força, alegria liberdade e muito mais<sup>2</sup> (p.15). Nessa direção, o indivíduo que envelhece hoje se encontra circunscrito ao desafio social de manter a juventude e a jovialidade, pois é necessário estar sempre pronto ao novo e, com entusiasmo, experimentar, ousar e ultrapassar fronteiras, porém, não sem contradições. O corpo tradicionalmente como lugar do sofrimento na velhice defronta-se com o corpo imagem da felicidade e essa equação ameaçadora parece longe de solução. Ainda assim, a boa nova é que os estudos de geração e as relações cultura-sociedade-Estado-mercado e mídias são alguns dos objetos em comum, fortemente problematizados, quanto às transformações do envelhecimento como fenômeno multidimensional que, antes isolado e desqualificado, não despertava o interesse investigativo de hoje.

*Se a obsolescência do corpo já não responde à perfeição, sempre haverá alguma forma de rejuvenescer, adotando-se uma vida ativa, mantendo-se a boa forma, o ideal de perfeição e a integridade moral dos corpos sob auto-vigilância. Até porque são muitas as formas de tentar deter ou moldar a velhice, não faltam recomendações e advertências na manutenção de um modelo de corpo obediente, saudável, rejuvenescido — universalmente validado.*

O fato é que as novas representações do envelhecimento vêm sendo consumidas velozmente. Elas demandam agilidade de quem envelhece, energia para as tarefas diárias, pois manter-se jovem significa para muitos conservar a boa forma e a aparência para garantir uma melhor inserção na vida social. As marcas biológicas do tempo podem ser apagadas com cirurgias plásticas, intervenções estéticas/cosméticas, prática de atividade física, alimentação saudável e muito mais. Nessa direção, o indivíduo que envelhece hoje se encontra circunscrito ao desafio social de manter a juventude e a jovialidade, pois é preciso estar sempre pronto ao novo e, com entusiasmo, ultrapassar obstáculos e fronteiras. Estamos diante do alto valor social representado pela juventude, projetando estilos e visões de mundo em todos os grupos de idade, com forte influência sobre as áreas da ciência e da saúde, cujo investimento em procedimentos técnicos e terapêuticos está em conformidade com a longevidade e o rejuvenescimento humano.

No entanto, quando ser jovem é uma meta de vida, ser velho passa a ser uma representação cada vez mais negativa e angustiante do existir. O envelhecimento natural passa a ser vergonhoso, embaraçoso, inadequado, símbolo de morte social. Não há lugar para a velhice assumida, aquela que não vive o desespero de vigiar as adequações de cada detalhe do corpo, cuja

meta é catapultar o rejuvenescimento. Nessa direção, envelhecer passa por diferentes graus de recusa cujas implicações intensificam o sofrimento social de todo um grupo de idade. Mudanças radicais, modismos contemporâneos, vícios e patologias surgem como fatores diversos que atingem, em cheio, os grupos longevos, influenciando modos de envelhecer de indivíduos, grupos e coletividades. Mudanças tecnológicas no setor do consumo e nos ideais da sociedade estimulam a produção de novas relações éticas que ainda estão longe de terem sido implementadas no mundo que envelhece.

O consumo material exaltado pelas mídias tem nos produtos e serviços, a representação da juventude, a partir de imagens, atitudes e comportamentos, produzindo uma vigorosa dimensão de consumo simbólico. O rápido avanço tecnológico das últimas décadas distingue-se muito fortemente na esfera midiática. Sabemos que o aparente processo de democratização do acesso e da veiculação da informação nas novas plataformas de comunicação não significa maior afluência à democracia. As linhas editoriais que constituem a pauta da grande mídia têm uma intenção acentuadamente mercadológica, assumindo um papel muito importante na produção da realidade, conforme os interesses discursivos que acabam por fabricar desejos, sem qualquer preocupação ética com os grupos de idade. Um exemplo de como atuam as mídias sociais pode ser observado na divulgação do “Felizômetro”, extravagante índice que não exhibe detalhes de como foi criado pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) para mensurar o grau de felicidade dos consumidores acima dos 60 anos. O índice mostra que a maioria das pessoas da terceira idade está satisfeita com as atuais condições de vida. De acordo com o levantamento realizado com 632 idosos em todas as capitais brasileiras, quase oito em cada dez entrevistados (78%)

atribuem nota igual ou superior a oito na hora de expressar a satisfação com o seu modo de vida. Além disso, segundo a pesquisa: “é proibido se sentir velho e não se considerar idoso, aumenta as chances de felicidade!”<sup>8</sup>.

As emoções e comportamentos dos mais velhos jamais foram uma mercadoria tão valiosa no universo midiático, uma vez que os meios de comunicação de massa, que tem muito mais que a “necessidade de sua ração cotidiana de assuntos”, torna a vida suscetível a manipulações de toda ordem<sup>4</sup> (p.23).

### **Pedagogização do envelhecer**

Nas últimas décadas, proliferaram discursos enobrecedores, qualificadores da velhice, capazes de significar o envelhecimento e designar o velho como sujeito de *status* definido, ao contrário do período anterior, em que predominavam o descrédito, o desrespeito e a depreciação dirigidos aos segmentos mais longevos, como aponta Silva<sup>7</sup>:

*“O surgimento da categoria terceira idade é considerado pela literatura especializada, uma das maiores transformações por que passou a história da velhice. De fato, a modificação da sensibilidade investida sobre a velhice acabou gerando uma profunda inversão dos valores a ela atribuídos: antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal, à criação de hobbies e o cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família”* (p.161).

Tal fato é concomitante à inauguração de uma hábil e vigorosa disseminação na mídia de conteúdos ligados à ideia de valorização do idoso. Hoje, indivíduos, grupos e coletividades produzem e compartilham enquadres que vêm

construindo e consolidando os sentidos de envelhecer no âmbito da política, cultura e sociedade.

Ensinar a envelhecer passa a ser uma tarefa afinada com processos pedagógicos, fortemente apropriados pela área da saúde e com grande repercussão midiática no âmbito da cultura e dos segmentos de consumo. Tal é o papel das instituições, instrutoras sociais que asseguram a adaptação e ensinam que envelhecer passa por inquéritos e averiguações corporais e comportamentais. Nunca envelhecer foi objeto de tantas molduras e condutas. Dessa efervescência de discursos sobre o envelhecimento têm surgido novas visibilidades para a equação “envelhecer”, em que se constata a construção de distintas imagens da velhice que não cessam de surgir. O envelhecimento dos corpos sugere correção. O reparo corporal mais perfeito é também comportamental. É necessário ser capaz de converter o próprio corpo em juventude – independência, força, energia, equilíbrio, beleza – qualidades injetoras de pertencimento social indispensáveis para quem envelhece hoje. Evidencia-se uma produção desmedida de molduras culturais e institucionais, em que o envelhecimento vem se tornando objeto de inúmeras tentativas de padronização, como as que ocorrem a partir de todo um sistema de prescrições médicas, morais e comportamentais que atravessa o âmbito da cultura na atualidade. O desafio contemporâneo que se distingue pelas iniciativas de reinventar o novo tem hoje nos debates sobre velhice um farto coquetel descritivo sobre quem são os velhos, o que pensam, quais suas necessidades e como se comportam no atual cenário social.

*O envelhecimento sob a exigência do aprimoramento moral e corporal tem oferecido aos mais velhos uma diminuta autonomia reflexiva sobre o que representa envelhecer hoje. É assim que a invenção do envelhecimento ativo<sup>11</sup>*

*(p.13) (...) passa a ser um projeto de celebração do rejuvenescimento que induz a uma imagem da velhice associada à produtividade e a uma visão homogeneizante do envelhecer “excessivamente instrumentalizadora da vida”<sup>5</sup> (p.86).*

A intensa prática pedagógica que pretende ensinar a sociedade a envelhecer por meio de modos obrigatórios de rejuvenescimento, vivacidade e presteza faz parte do processo ressocializante do velho cujo mote é instruir, educar, sanear, reparar, conduzir e adaptar. Ressalta-se que, paralelamente às estratégias de modelagem propostas, ocorre a emergência de grupos e indivíduos idosos decididos a surpreender com audácia os padrões majoritários do processo de envelhecimento. Portanto, para além dos contornos que arbitram sobre a dinâmica de envelhecer, estamos diante de um fenômeno único com um campo de possibilidades e fluxos reais baseados na busca da autonomia, resistência e transformação que começam a ser exploradas por aqueles que envelhecem em todo o mundo.

### **Envelhecimento e Saúde**

Observa-se que aquele que envelhece é portador de um corpo de sensações, cansaços, desejos, contradições, vícios e virtudes acumulados e inscritos na representação do sujeito maduro. A subjetividade contemporânea vem se apropriando cada vez mais de novas representações e discursos recorrentes sobre o que é envelhecer. Nesse sentido, a finitude, a dor e a morte são apagadas e afastadas do repertório de convicções da terceira idade, em que a existência? e a saúde cumprem a tarefa de ser autogeridas e modeladas como meta para alcançar uma vida saudável. Práticas de consumo, lazer, beleza e atividade física são fortemente estimuladas, reforçando-se os laços de pertencimento social e o discurso festivo pela “melhor idade”, no sentido de abandonar os



estereótipos negativos da velhice. Proliferam modelos de verdade amplamente difundidos sobre o envelhecimento e a velhice, cuja reprodução entre especialistas e autoridades competentes circula velozmente nas mídias e redes sociais.

É assim que a Medicina regenerativa anuncia a esperança de cura de todas as doenças fatais que se intensificam após os 60 anos, o que faria desaparecer patologias como doença de *Alzheimer*, diabetes, doenças cardíacas, câncer e muito mais. Os desavisados chamam equivocadamente esse fenômeno de “cura da velhice”, numa alusão de que ser velho é “um mal passível de eliminação” e não uma fase da vida a ser plenamente vivida.

A vida é traduzida a partir da intervenção sobre o corpo passível de cura, aquele que também se submete à eliminação de falhas e regulação de excessos. Sob essa ótica, a velhice não é tomada como uma fase natural do ciclo vital, mas como um período indesejado, patológico, incômodo no seu conjunto e desvalorizado em sua singularidade.

Ao longo das quatro últimas décadas, infinitas ordens de realidade se apresentam ao examinarmos o acontecimento “envelhecer”. A experiência corporal do envelhecimento pode ser percebida na mudança das formas de refletir sobre si, enunciar estratégias e visões de mundo, práticas e comparações com o outro. A memória de uma vida, as percepções dos sinais de idade explicitam as alternativas a serem apreciadas por quem envelhece e por aquele que assiste o outro envelhecer.

Ainda que uma maior fragilidade do corpo e diminuição da capacidade física possam atenuar as certezas de integridade corporal daquele que envelhece, a consciência por maior cuidado e saúde perpassa os desafios atuais da população longeva. Sob esse aspecto, a vida social se rende às sentenças morais que se tornaram próprias à saúde, suas convicções inabaláveis e pré-condições de felicidade. Trata-se de uma saúde

glamourizada, maximizada, diluída no solo cultural e transformada em valor exponencial do nosso tempo. A saúde entronizada socialmente é aquela que tem o poder de vitalizar ações individuais, sociabilidades e práticas sociais; pode-se considerar extraordinária a sua influência nas relações sociais, participando na ordenação dos padrões identitários, códigos de reciprocidade e referências simbólicas dos grupos de pertencimento.

A extrema relevância conquistada pelo setor saúde no cenário contemporâneo aponta para sua influência decisiva na reconstrução dos modos de envelhecer, seus imperativos técnicos e convicções baseadas na racionalidade médica, provocando forte impacto na cultura do envelhecimento que se encontra sob a regulação do biológico, da disciplina corporal e da tentativa de construção de uma vida saudável.

A imagem do corpo na velhice, tanto aquela tradicionalmente destinada ao ócio e à inatividade, quanto às figurações supliciadas por doenças e limitações físicas, permanecem no imaginário social como advertência às escolhas do indivíduo ao longo da vida. A força desse discurso de responsabilização individual pela saúde vai marcar não apenas as políticas de saúde e assistência aos idosos, como determinar o enquadre social daqueles que envelhecem.

Especialistas afirmam no Brasil que a demanda por saúde deste grupo de idade extrapola as condições de atendimento disponíveis no sistema público de saúde, não havendo recursos ou infraestrutura suficiente. Portanto, propõe-se investir na prevenção e “priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável...”<sup>10</sup> (p.336). Logo, espera-se do idoso saudável, além da disposição física e bem estar, modificações de comportamento capazes de torná-lo bem humorado, autônomo e feliz. No entanto, a discussão sobre o número de leitos, consultas, exames, bem como a definição de ações prioritárias para o

atendimento aos mais velhos no sistema público sequer passa pelas pautas políticas de governo.

### Considerações finais

Aqueles que envelhecem hoje têm sido objeto de um bombardeio midiático, cultural, econômico, por novos padrões de rejuvenescimento, autocuidado, adesão vertiginosa às atividades de turismo, lazer, sendo inclusive altamente estimulados a retornar ao mercado de trabalho. As novas relações do envelhecimento estabelecidas em uma sociedade consumista repercutem em várias esferas. Cenários díspares emergem em conformidade com um amplo universo capaz de gerar uma nova expressividade e sensibilidade cotidiana.

Vivemos um momento único, ao experimentarmos um novo cenário sociodemográfico no mundo, o que significa acompanhar um período de incrível transformação social que está apenas começando.

A sociedade, o mercado, a família conclamam aquele que envelhece a viver o agora, visando à experiência de todas as fruções possíveis, pensáveis e desejáveis. Investe-se no forte apelo social que induz ao aproveitamento prazeroso ou satisfatório de todas as coisas. Estamos diante de um capricho contemporâneo, em que todos são orientados a “realizar”. Exige-se ação, materialização de sonhos e ideias – todos os projetos devem passar pelo crivo do mundo objetivo: viagens, projetos matrimoniais, paternidades tardias e todo aparato para uma vida longa e obrigatoriamente feliz<sup>1</sup>. Em meio a esse carrossel de novidades e interações com a idade madura, faltam escuta, atenção à subjetividade, às reais dimensões de conforto, à criatividade e necessidade de independência do mundo que envelhece.

A singularidade do processo de envelhecimento decorre da experiência acumulada ao longo de todas as outras fases da vida. O tempo, o espaço, a memória, as culturas vividas — eis os grandes

fazedores de velhos. O quanto um velho já viu, sentiu criou; suas lembranças, seu fluxo de vida, tudo isso surge como um manancial de experiência acumulada que nos paralisa. Daí a importância de reverenciar aqueles que não temem envelhecer, não se esquivam da relação com a temporalidade e percorrem íntegros sua trajetória de vida.

### Referências

1. Birman J. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: Freire Filho J. (Org.). Ser feliz hoje. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2010. p.27.
2. De Lazzari FP. A voz e a vez do jovem: o imaginário de juventude na publicidade brasileira. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM). São Paulo; 2011.
3. Docter B, Peterson P. Up - altas aventuras. (Animação). Emeryville, California: Pixar Animation Studios; 2009.
4. Dufour D. A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2005.
5. Franco T, Corvino MP, Galavote HS, Lobato E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. In: Ribeiro CDM, Franco TB, Lima RCD, Andrade CS. (Orgs.). Saúde suplementar, biopolítica e Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p.86.
6. Motta AB. A juvenização atual das idades. Cad. Espaço Femin; 2012. 25(2):11-24.
7. Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. História, Ciências, Saúde, Manguinhos. 2008; 15(1):155-168.
8. Telehelp. Índice felizômetro aponta terceira idade satisfeita. (On line). [acessado 15 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.telehelp.com.br/indice-felizometro-aponta-terceira-idade-satisfeita/>.
9. Tucherman I. Fabricando corpos: ficção e tecnologia. Comunicação Mídia e Consumo. 2008; 3(7):77-92.
10. Veras R. Novos desafios para o velho país envelhecido. In: Goldemberg M. (Org.). Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
11. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2005.

# Campanhas de Educação em Saúde e reforço de estigmas

## Health Education Campaigns and stigma reinforcement

Regina Figueiredo<sup>1</sup>, Letícia de Almeida Lopes Cândido<sup>II</sup>

### Resumo

O discurso da Educação em Saúde se apresenta como um “saber” que deve ser levado às populações, contribuindo para a concretização de uma Política de Saúde do Estado. Porém, faz-se necessário analisar esse discurso e suas condições de produção, de maneira a caracterizar sua base ideológica e seu papel político. Por meio de exemplos, é discutido como algumas ferramentas discursivas presentes em materiais educativos de saúde podem ser utilizadas de maneira a reforçar estigmas e re-marginalizar determinados grupos sociais, contribuindo para a estigmatização desses indivíduos e se configurando como violência institucional. Nesse sentido é necessário resgatar modelos de intervenção democráticos que se baseiem no conceito de vulnerabilidade e que possibilitem a promoção do respeito e da autonomia para o cuidado da saúde.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; Estigma; Marginalização; Vulnerabilidade; Cidadania.

### Abstract

The discourse of Health Education presents itself as “knowledge” that must be taken to the populations, contributing to the substantiation of a State Health Policy. However, it’s necessary to analyze this discourse and its conditions of production, in a way of characterizing its ideological base and its political role. By using examples, it’s discussed how some discursive tools present in health education materials can be used as to reinforce stigmas and re-marginalize determined social groups, contributing to the stigmatization of these individuals and configuring as institutional violence. In that sense it’s necessary to retrieve democratic models of intervention that are based on the concept of vulnerability and that allow the promotion of respect and autonomy in health care.

**Keywords:** Health education; Stigma; Marginalization; Vulnerability; Citizenship.

<sup>1</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Letícia de Almeida Lopes Cândido (leticia.alcandido@gmail.com) faz bacharelado em Ciências Sociais na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) e é auxiliar de pesquisa e estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Aqui entendida como sinônimo da Educação Sanitária, uma vez que nomenclatura educação em saúde passou a ser utilizada apenas a partir de 1967, posteriormente à elaboração de alguns materiais educativos que serão apresentados.



### Introdução

A relação entre educação e saúde é complexa, pois não trata apenas dos diferentes conteúdos que a interligam, mas da proposição de diferentes modelos de educação que se utilizam, principalmente na área da Saúde Pública.

A Educação em Saúde se inicia, assim, com o intuito de conscientizar as pessoas sobre práticas preventivas, embora em seu modelo inicial parta do princípio de que as doenças são decorrentes não apenas do meio externo, mas também da desinformação da população a respeito dessas práticas e de sua consequência na saúde e nas doenças, bem como se opondo às práticas consideradas inadequadas<sup>35</sup>. Por isso, se constituía inicialmente em “atividades voltadas para a publicação de livros, folhetos, catálogos os quais eram distribuídos em empresas e escolas, porém era ineficiente já que não era capaz de alcançar todas as camadas da sociedade”<sup>21</sup> (p. 761).

Isso fez com que a Educação em Saúde, conforme comentam Silva e colegas<sup>33</sup>, se constituísse, por muito tempo, como uma prática que orientava comportamentos de saúde de uma “prática dominante”, ou seja, visavam “à manutenção da hegemonia da classe dominante” (p.2.540) – no caso, das elites e autoridades da Medicina, legitimadas em políticas estatais desde a Época Moderna. Assim, ao se apresentar como um “saber” que deve ser levado às populações, a Educação em Saúde foi um dos instrumentos que contribuiu para a concretização de uma Política de Saúde do Estado<sup>12</sup>.

Carlini-Cotrin e Pinsky<sup>9</sup>, analisando as linhas educativas para a orientação preventiva sobre drogas, identificam seis modelos de discursos utilizados na Educação em Saúde: o de princípio moral, o de amedrontamento, o de conhecimento científico, o de educação afetiva, o de estilo de vida saudável e o de pressão positiva de grupo. O modelo de princípio moral utiliza



argumentos de ordem moral, patriótica ou religiosa para estimular uma espécie de “sacrifício pessoal” em prol do bem comum, por isso tem estado em desuso em nossa sociedade atual de viés individualista. O modelo de amedrontamento, reifica apenas o lado negativo e dramático dos comportamentos, desconsiderando a capacidade do indivíduo ponderar e estruturar suas escolhas, avaliando perdas e ganhos. O modelo de conhecimento científico ressalta o fornecimento de informações e dados de forma imparcial, crendo que ao permitir a discussão os indivíduos tomarão decisões racionais. O modelo de educação afetiva busca estimular o desenvolvimento da autoestima visando o autocuidado e às decisões individuais, de forma que o indivíduo possa escapar das pressões grupais. O modelo de estilo de vida saudável é centrado na promoção da boa saúde e, portanto, questiona hábitos que a afetariam. Por fim, o modelo de pressão positiva utiliza a interação de pares para promover na educação em saúde, de forma que a pessoa encontre em seus semelhantes uma diretriz para guiar seus comportamentos.

É importante considerar que todos esses modelos podem, muitas vezes, coexistir conjuntamente nas ações e discursos de saúde. Atualmente, por exemplo, a Educação em Saúde vem se utilizando da orientação de boa saúde, ligando a saúde ao desejo de retardo de doenças e do envelhecimento e a enfatizando como possibilitadora de felicidade<sup>15</sup>; esse modelo ganha força na mídia comum<sup>10</sup>, fortalecendo a presença da preocupação com a saúde na vida cotidiana não apenas na atenção em saúde dos indivíduos, mas também como foco de promoção ao consumo, inclusive entre pessoas saudáveis e jovens, gerando hábitos de uso de suplemento alimentar, adesão a academias de ginástica, etc. No entanto, esse discurso pode se utilizar de estratégias que se associam ao modelo de pressão positiva,

quando adota a orientação feita por jovens, lideranças, atletas ou personalidades de pressão social, além de poder incluir orientações que pregam o medo, como se verifica no discurso sobre o uso de drogas, quando se justifica que tal consumo seria uma falta de consciência cidadã na medida em que produziria ou sustentaria a rede de tráfico – tal como faz a Polícia Militar no Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD)<sup>27</sup>, que expressa o forte posicionamento político-ideológico dessa instituição em a favor do combate e da *guerra às drogas*.

Portanto, conhecer os discursos adotados na Educação em Saúde permite não apenas perceber suas mensagens de saúde, mas, sobretudo, caracterizar sua base ideológica e, logo, seu papel político<sup>12</sup>. Por isso, após várias discussões e críticas acerca dos modelos educacionais de saúde com visão de intervenção vertical, durante a década de 1960 em diante, a Educação em Saúde ganhou um viés mais democrático, reconhecendo os conhecimentos leigos da população e criando estratégias mais dialógicas e proporcionais<sup>5</sup> em sua metodologia de trabalho, produção de materiais e discursos. Passou-se a compreender o fazer saúde como uma troca entre partes, diálogo que objetiva a redução das doenças e a promoção da saúde<sup>38</sup>. Essa concepção teve como marco de implementação política internacional a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde<sup>23</sup>, da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Ottawa, no Canadá em 1986, que definiu o termo “promoção da saúde” como estratégia de “divulgação e informação, educação para a saúde” (p.3).

Nesse novo entendimento, a Educação em Saúde é uma importante vertente da prevenção, por este motivo deve se preocupar com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações como um todo, proporcionando conhecimento básico para que as pessoas possam identificar

e satisfazer suas necessidades e serem capazes de adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes para tal melhoria, tendo à disposição meios para realizá-la – o que inclui a existência de políticas públicas e ambientes apropriados, sob orientação adequada dos serviços de saúde<sup>30</sup>.

Desde então, têm surgido novas abordagens da Educação em Saúde, como o “modelo radical”<sup>20</sup>, que promove a saúde como recurso para uma vida plena, por meio do diálogo e do respeito à autonomia do indivíduo. Embora represente um avanço, no entanto, este modelo não considera as determinações sociais que poderiam afetar os atos e decisões dos sujeitos, ignorando condições que impedem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis<sup>35</sup>.

### **Estigma na Educação em Saúde: marginalizantes X marginalizados**

Não são poucas as análises que apontam que a Educação em Saúde se posiciona enquanto instrumento de políticas públicas que produziram ou reforçam uma série de estigmas contra doenças ou populações, geralmente segregadas ou marginalizadas socialmente. Fernandes e colegas<sup>12</sup>, analisando materiais produzidos pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária da Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo, criada, em 1938, com a finalidade de incentivar a promoção de saúde pelos mais diversos meios (palestras, filmes, livros, etc) e transformada no Serviço de Educação de Saúde Pública, em 1969, realizaram a análise linguística dos conteúdos educativos produzidos entre 1938 e 1953 e de 1941 a 1984.

Para realizar essa análise, Fernandes e colegas<sup>12</sup>, utilizaram como base o quadro teórico de Osakabe, que indica a necessidade da análise não apenas do discurso, mas também das condições de produção, e elaboraram um roteiro que

observa: (1) a apresentação gráfica do material, (2) as características do discurso sintático-lexicais de conteúdo que envolvem observar aspectos gerais do texto para verificar sua complexidade e tipo de linguagem, o tipo de interlocução estabelecido e busca de subjetividade por meio de apelos emocionais e chamamentos, (3) a função da linguagem, verificando se atua mais sobre o referente ou se se concentra no sujeito (funções referencial e conativa, respectivamente), (4) os “atos de fala”, que caracterizam a finalidade do discurso, de acordo com a predominância de atos ilocucionais (transmissão de informações) ou perlocucionais (objetivação de uma ação prática), (5) as “informações adicionais” que expressam noções vagas, frases feitas e expressões que tem a função de validar o discurso e atuar enquanto quadro moral, sancionando os comportamentos desejados, (6) as representações imaginárias que o locutor faz de si, do interlocutor ou do referente, (7) as informações outras além da análise linguística ou de imagem e que possam ter importância como observações gerais no contexto da Educação em Saúde.

Utilizando este roteiro, as autoras concluem que as concepções educativas presentes nesses materiais expressam que os produtores do discurso se utilizaram de um “conjunto de técnicas e procedimentos pedagógicos que visam disciplinar atitudes e comportamentos coletivos, pensando a cura e prevenção de doenças”, discursos esses que são orientados pelo saber médico-científico e revelados numa relação discursiva desigual entre os locutores/propositores e interlocutores/população leiga<sup>IV</sup>. Essa perspectiva está expressa não apenas em textos e conteúdos, mas também nas ilustrações utilizadas, que exprimem a percepção

<sup>IV</sup> Tomamos a liberdade neste artigo de reproduzir algumas ilustrações e conteúdos de materiais educativos da década de 1950, analisados por essas autoras, devido a excelente qualidade de seu levantamento e também da análise que realizaram sobre os mesmos.

que o locutor faz dos personagens utilizados como exemplos, priorizando o fortalecimento de estigmas, principalmente, quando tratam de doenças já estigmatizantes, na época, como a tuberculose, a hanseníase, as doenças sexualmente transmissíveis e o alcoolismo<sup>12</sup>.

Dessa forma, essas autoras<sup>12</sup> mostram que a estigmatização é fortemente utilizada na Educação em Saúde como técnica de persuasão<sup>5</sup>, uma vez que esses materiais tiveram grandes tiragens e reedições e, portanto, são representativos da concepção educativa da década de 1950. Há caracterização de vários doentes como “marginais”, inclusive em temas como doenças sexualmente transmissíveis e alcoolismo. Diferentemente dos referenciais que se utilizam de discursos de vulnerabilidade, indicando a importância de se considerar os aspectos político-programáticos e socioculturais para os comportamentos das pessoas<sup>6</sup>, as autoras apontam que a estigmatização feita pelos locutores desses materiais educativos reforça o caráter da doença ou mal como problema/culpa do indivíduo e de seu “mal” comportamento. Nesse sentido, esses discursos acabam contribuindo para a diferenciação e segregação desses indivíduos dos demais, dos considerados “normais”<sup>12</sup>.

Essa responsabilização aponta o imenso domínio dos locutores do discurso (ao ter, não apenas legitimação, mas também, o poder de criação de discursos e a confecção de materiais para sua divulgação), que podem exercer este poder, tanto sobre o público leigo saudável que leria o material – a quem se deseja orientar condutas –, mas também e principalmente sobre aquelas pessoas que já estão na situação de doença/“mal comportamento” definidos, ou seja, os “maus elementos”, que já são marginalizados socialmente. Isso faz com que esses discursos tenham poder de “re-marginalizá-los” tanto frente aos outros como para si mesmos, reforçando estigmas que já enfrentam socialmente.



Imagem do interior do folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, da década de 1950, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.

Fernandes e colegas<sup>12</sup> chamam a atenção para os aspectos morais enfatizados nessa forma de entender os indivíduos considerados “não-saudáveis” ou doentes, ressaltando que estes não possuem um lugar na ordem social, mas são utilizados como modelos para ensinar aos “outros”, os que querem viver bem, as consequências pessoais e sociais, como “mau-final”, reforçando a ideia de que devem adotar condutas “normais”, as eleitas como harmônicas ao meio social. Essa normatização é típica do discurso interventivo dominante e muito utilizada como estratégia em modelos que não desejam fazer transformações sociais profundas e nem mexer no *status quo* de grupos dominantes.

Essa estratégia de marginalização e estigma também é muito presente na abordagem de temas considerados tabus, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o comportamento sexual e o uso de álcool e drogas, frente aos quais a sociedade já mantém discursos indutivos influenciados pela moralidade, inclusive religiosa.

Nessas abordagens, conforme Fernandes e colegas<sup>12</sup>, não é incomum se ver que “a doença venérea assume formas e proporções sobrenaturais e fantasmagóricas que ameaçam os jovens

casais enamorados” (p. 137), ao mesmo tempo em que personagens sociais a elas associados, como a “prostituta” e o “bêbado”, são retratados com desdém e símbolo do perigo ou do estado degradante ao qual não se quer chegar.



Capa do folheto “O que se deve saber sobre alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.



Interior do Folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.

Nesse sentido, não é a doença ou mal que é alvo da estigmatização, mas um grupo alvo, no caso, as profissionais do sexo e os alcoolistas, que passam a ser vistos como pessoas que têm comportamentos incorretos, desregrados e degradantes<sup>12</sup>, transformando-se em pessoas incorretas, degradadas e degradantes e, portanto, foco de uma “higienização” social.

A abordagem estigmatizante não se circunscreve apenas a materiais de Educação em Saúde produzidos no Brasil nos anos 1950, mas também após própria criação do conceito de promoção de saúde no século XXI. Na década de 2000, o Ministério da Saúde, com o objetivo de incentivar o não compartilhamento de drogas injetáveis, produziu material de extremo mal gosto que utiliza o mesmo princípio: a imagem final do material ilustra o desenho de um burro passando uma seringa para outro burro. Essa campanha aponta o reforço de estigmas contra usuários de drogas, pois além de expressar aos interlocutores não usuários de drogas injetáveis que tenham acesso ao material que quem compartilha seringa é “burro” (ou seja, alguém ignorante), “re-marginalizando” os usuários de drogas que já são marginalizados como “drogados” em nossa sociedade, os “re-marginaliza” quando diz para eles próprios são “burros”, nas situações em que esses últimos se tornam leitores do material.



Fonte: Reprodução de folheto distribuído pelo Ministério da Saúde. Década de 2000.

Várias outras campanhas também podem ser citadas como se referindo a grupos socialmente vulneráveis de maneira a referendar a estigmatização desses, diretamente explicitadas ou recorrendo indiretamente à insinuação sobre suas condições de vida, características físicas e



modos de ser e viver, como demonstra Fernandes e colegas<sup>12</sup>, nesta campanha que expressa de forma oculta o preconceito social, étnico e/ou racial dos moradores de favelas e cortiços:

*“Nas cidades, vivem vida imprópria à sua constituição... enfurnam-se em cortiços e porões. Moléstias como a sífilis e tuberculose os dizimam. Vícios como o álcool e a prostituição completam a obra mortífera”<sup>1</sup>(p.137).*

O grupo de profissionais do sexo, historicamente, foi sempre fortemente associado aos discursos de saúde referente aos cuidados e a prevenção das DST. Enquanto “grupo de risco” e não enquanto vítimas dessas doenças, como demonstram Aquino e colegas<sup>4</sup>, foram sempre apresentadas à sociedade como um grupo perigoso, reafirmando a estigmatização de sua condição marginal, ocultando a sua vulnerabilidade e necessidades que apontam que é um grupo que tem seu atendimento médico comprometido pela própria interferência de todo esse estigma na conduta dos profissionais de saúde que deveriam atendê-las:

*“...as doenças venéreas são o resultado de uma conduta sexual irregular, sendo a prostituição a maior fonte de contágio” (Interior do Folheto “Defenda-se das doenças venéreas produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.*

Esse imaginário sobre a prostituição é tão culpabilizador dos próprios marginalizados e tão fortemente arraigado em nossa sociedade, que a corajosa campanha “Sou Feliz sendo Prostituta”, criada pelo Programa de DST/Aids do Ministério da Saúde, em 2013, e que visava promover a autoestima e a autonomia das profissionais do sexo, buscando minimizar o “autopreconceito” e sua vulnerabilidade social, foi suspensa

e teve seus materiais recolhidos por reclamações de setores conservadores da sociedade em geral, debate reproduzido em fortes mídias na ocasião<sup>11</sup>.



Cartaz da Campanha “Sou Feliz sendo Prostituta”, do Ministério da Saúde, 2013.

Isso demonstra que a mídia comercial aberta tem, no país, não apenas um papel importante na propagação de ideias, mas como agente formador de opinião e crença, podendo servir para apenas gerar debate ou defender posições estigmatizantes ou anti-estigmatização, quando deseja, adotando também discursos de Educação em Saúde<sup>10</sup>.

Há casos que esta postura da Educação em Saúde que protagoniza ou elege “sujeitos culpados”, está travestida de discursos de prevenção, ocultando uma estigmatização direta a determinados indivíduos, mas se utilizando de formas de discurso que reportem aos leitores/interlocutores para que não sejam ou não se comportem como tal. Várias campanhas que adotam o modelo de princípio moral, apontado por Carlini-Cotrim e Pinsky<sup>9</sup>, como as campanhas da década do pós-II Guerra Mundial, que se utilizaram de conteúdos patrióticos na Educação em Saúde<sup>12</sup>:

*“...valores considerados universais e indiscutíveis como sociedade, país, descendência degenerada, trabalho, vida normal... na*

*intenção de convencer o interlocutor da vergonha, do descrédito, do impatriotismo, das abominações que estaria sujeito caso contraísse tais doenças, reforçando o estigma” (p.138).*

Fernandes e colegas<sup>12</sup> exemplifica o mesmo recurso no folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, distribuído no estado de São Paulo na década de 1950:

*“As doenças venéreas ferem igualmente a moral do indivíduo, pois o portador de uma dessas doenças pode transmiti-la aos seus descendentes, bem como às demais pessoas tornando-se por isso, um indivíduo nocivo à sociedade e ao país” (p.139).*

O tom ameaçador, ou a referência de um final com morte, com adoção do modelo de amedrontamento também é recorrente na Educação em Saúde, como apontam Fernandes e colegas<sup>12</sup> no folheto “O que se Deve Saber sobre Alcoolismo”, da Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo e editado na década de 1950:

*“(…) As ilustrações estão presentes na capa e no interior do folheto, reforçando o texto. Esse folheto é desdobrável podendo ser usado como um cartaz. A capa sugere o ambiente perigoso, no caso, onde se pode adquirir o hábito de beber: o balcão de um bar. A pessoa em destaque já é alcoólatra, de aparência relaxada, barba por fazer, mal se sustentando em pé e com um copo de bebida na mão. A expressão do seu rosto sugere uma depressão causada pelo vício” (p.32).*

Esses discursos, além de fazer uma caracterização desfavorável do alcoólatra, declara fortemente o final legal indesejado, pela consequência do comportamento alcoolista:



Interior do folheto “O que se Deve Saber sobre Alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.

Esse amedrontamento não necessariamente precisa recorrer à ideia de morte, mas pode se utilizar de símbolos de fatalidade socialmente compartilhados, o medo de extradição (no caso de migrantes), ou o medo da prisão, como localizam Fernandes e colegas<sup>12</sup> etc.

*“O mesmo indivíduo da capa aparece sendo conduzido por um policial à cadeia, como um criminoso – o que é expresso no seu rosto de “culpado”. O seu próximo destino, caso ele continue com o vício, é o hospício. É pressuposto que a simples menção dessa Instituição já produziria um efeito ameaçador, de exclusão do convívio em sociedade, e de castigo” (p.33).*



Capa do folheto “O que se deve saber sobre alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas<sup>12</sup>.

Essa mesma lógica de coerção de comportamentos pelo modelo de imposição do medo foi utilizada em várias campanhas no início da epidemia de HIV/aids no Brasil, na década de 1990, com jargões que viraram clichês, como apontou Paiva<sup>25</sup>, como o de “se você não se cuidar, a aids vai te pegar”. Outras peças da mesma época, como a feita em outdoors que reproduziam a frase “Aids Mata”<sup>13</sup>, transmitiram fortemente à população pânico e terror à doença, induzindo, inclusive, a casos de suicídio frente ao diagnóstico de soropositividade para HIV:

*“A aids mata sem piedade; não permita que essa seja a última viagem da sua vida” (campanha referida por Morais e Amorim<sup>20</sup>).*

Conforme Morais e Amorim<sup>20</sup>, esse uso do amedrontamento foi intenso nas campanhas de prevenção e só começou a ser substituído quando surgiram as referências às relações sexuais de risco, fazendo com que as campanhas de prevenção da aids priorizassem o discurso sobre a importância do sexo seguro, dos comportamentos e situações sexuais de risco e o estímulo ao uso de camisinha.

Se pensarmos hoje, ainda há uso similar da Educação em Saúde que utiliza o modelo de amedrontamento nas obrigatórias mensagens anti-fumo que constam em maços e cartazes de cigarros, “onde são reproduzidas imagens de cunho apelativo que mostram o processo de afinamento e de decomposição do fumante e sua conversão em um cadáver”<sup>16</sup>. Também na permanência de discursos, como “Droga Mata”, veiculados constantemente e que se mostram, insuficientes do ponto de vista educacional de prevenção em saúde<sup>9</sup>; além de estar presente fortemente no atual discurso sobre o crack, como demonstrou Petuco<sup>26</sup>, que corrobora e reforça o equivocado senso comum de que todo usuário dessa droga se torna um “zumbi” desprovido de racionalidade<sup>34</sup>.

Cabe reforçar que a argumentação por meio da ameaça vem acompanhada de uma lógica repressora, que procura punir deslizes de comportamentos não desejados, atribuindo aos indivíduos que os realizam qualidades morais negativas e marginalizantes e que não são efetivamente ligadas à doença. São modelos de discursos incapazes de se ater a instruções de um locutor que oriente apenas para uma vida saudável<sup>16</sup>.

### Discussão

De acordo com Goffman<sup>14</sup> e Ronzani e Furtado<sup>29</sup>, o estigma se caracteriza por algum sinal ou marca que determina a condição desvalorizada de determinado indivíduo com relação às pessoas “normais”. Porém, essa condição desvalorizada não é decorrente do atributo em si, mas sim decorrente de diferentes relações sociais, nas quais estes atributos podem ou não se opor a uma dada “normalidade”, que assume diferentes características em situações distintas.

A estigmatização se origina da crença negativa sobre uma determinada característica (que pode ser física, de caráter, ou decorrente das origens da pessoa) por parte de um grupo. Esta crença influencia determinados comportamentos ou sentimentos para com as pessoas que carregam tal estigma. Esse traço estigmatizante e que, novamente, se configura como tal a depender do contexto, se torna o traço determinante e “rotulante” daquela pessoa ou grupo e obscurece outros traços que seriam normalmente aceitos naquela situação<sup>14</sup>. Isso torna o indivíduo alguém de menor valor para a sociedade e leva à marginalização e/ou à exclusão de determinadas situações sociais.

A estigmatização, assim, tem sempre como impacto as consequências negativas para a autopercepção do indivíduo estigmatizado, além de gerar distanciamento social e poder gerar

problemas de saúde e desagregação total. O indivíduo estigmatizado em um determinado meio ou tema, pode também ter ampliada a sua estigmatização, sendo marginalizado também nos acessos comuns e desfrutados por outros cidadãos, inclusive na saúde, educação, emprego, moradia, etc<sup>29</sup>.

Apesar das diferentes situações de produção e recepção do discurso dos materiais produzidos para Educação em Saúde descritos, verifica-se que a estigmatização predomina quando há utilização de intenções e linguagens não horizontais dos locutores/autores em sua expressão, intenção e proposta educacional, junto a modelos discursivos de amendrontamento, de reforço positivo ou não. Em diferentes períodos, a relação estabelecida entre os locutores/propositores desses materiais com seus interlocutores/público se demonstra histórica e, ainda, muitas vezes imperativa e de legitimação de um saber específico e científico frente ao não-saber, desconhecimento de leigos<sup>12</sup>, imputando aos últimos a falta de capacidade de reflexão e, portanto, de exercer autonomia para realizar boas escolhas com relação a sua saúde. A população, a pessoa a ser educada, portanto, não é vista integralmente como um sujeito de direitos, mas sim alguém que necessita ser persuadido a práticas corretas, alguém que deve obedecer, ou seja, se portar como “paciente”<sup>37</sup>.

Nesse sentido, esse modelo discursivo e de Educação em Saúde se constitui enquanto uma violência institucional, na medida em que é produzido por instituições que, ligadas ao Estado, se utilizam de seu poder de legitimidade, posição e alcance social e recursos para promover discriminação.

Segundo Chauí<sup>1</sup>, um evento se institui enquanto violência, quando produz a

*“ transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas” (p.8).*

A estigmatização produzida pelos discursos de saúde nas peças de Educação em Saúde apresentadas, reforça justamente a relação hierárquica, que interfere e anula a subjetividade dos sujeitos alvo ou citados como modelos, marginalizando-os, tal como ocorre em outras situações onde há violência institucional, verificadas em instituições públicas ou privadas, que reforçam discriminações, seja na forma de negligenciar populações, serviços, ou atuar nas relações, de forma abusiva ante a uma população<sup>31</sup>. Ela faz com que “um outro” se sujeite, seja por necessidade ou pela legitimidade social de um poder, onde o outro, ou seu corpo, é visto como “objeto de controle”<sup>1</sup> (p.178).

Alguns autores, como Aquino<sup>3</sup>, consideram, inclusive, que de um ponto de vista institucional não haveria autoridade sem o emprego de violência e nem violência sem exercício de autoridade, afirmando ser inerente a violência nas práticas institucionais que lidam com o público.

Nesse sentido, são fundamentais propostas de Educação em Saúde discutidas desde os anos 1980, junto às reflexões e processos de redemocratização brasileiro que deram origem ao SUS e, que portanto, defendem avanços nos direitos sociais e políticos desfrutados pelos brasileiros, reduzindo as desigualdades e vulnerabilidades, inclusive de saúde<sup>36</sup>. Na área de atenção em saúde, as propostas de humanização de atendimento impuseram-se enquanto um “movimento contra a violência institucional na área da saúde”, na medida em que valoriza os sujeitos e propõe a transformação da cultura



institucional por compromissos éticos e coletivos para gerar uma nova forma de atenção à saúde e de gestão dos serviços<sup>32</sup>.

No processo comunicativo, de Educação em Saúde, da mesma forma, o material ou campanha comunicativa devem abandonar modelos estigmatizantes e marginalizadores contraproducentes com relação à saúde e aos direitos dos indivíduos, adotando princípios que se norteiem pelo respeito aos Direitos Humanos, a coerência ética e a democracia e inclusão propostas constitucionalmente e também pelo SUS.

Especificar que riscos de saúde estão correlacionados ao ambiente físico e sociocultural e político das pessoas e não apenas delas mesmas, tal como se considera quando se adota o conceito de vulnerabilidade, auxilia na efetivação de estratégias de Educação em Saúde e comunicação com o público que se façam mais resolutivas e menos verticais, ao mesmo tempo em que indicam estratégias de promoção de cidadania, empoderamento e integração de populações mais vulneráveis ou fragilizadas a tal ou qual mal e doença<sup>6</sup>, desestigmatizando-as. Assim, é possível reorientar ações que, justamente, se oponham a qualquer estigmatização, segregação ou marginalização.

Como apontam Buchele, Coelho e Lindner<sup>8</sup>, reforçando a integração de subgrupos de usuários de drogas como sujeitos de opinião, é fundamental a integração dos direitos dos grupos e populações, considerando sua possibilidade de participação nas decisões e ações de saúde. Essa visão participativa e não estigmatizadora é fundamental em saúde, portanto deveria estar presente em todas as áreas.

Esses modelos de Educação e Comunicação em Saúde, que sejam orientados ou reorientados pelo respeito as pessoas, aos grupos, suas culturas e saberes, enquanto interlocutores sujeitos, orientam autonomias de conduta,

numa “Educação Popular em Saúde”, como indica Sevalho, citando Oliveira<sup>32</sup>, onde a Educação em Saúde e toda a área de Saúde pode se aproximar das “condições e experiências de vida” da população e a forma com que se apropriam da realidade, permitindo que considerem a forma que a transformam, ou seja, suas “possibilidades de ação sobre ela”.

### Conclusão

Toda a argumentação discursiva pode ser construída tendo em vista a disciplinarização dos indivíduos, se atendo a condicionar certos comportamentos e ter caráter autoritário estabelecendo a desigualdade entre os locutores e propositores das campanhas e discursos. Mas também pode refletir sobre essa desigualdade e produzir modelos mais democráticos de Educação e Comunicação em Saúde, orientando-se pelo respeito às culturas e saberes de seus interlocutores e as possibilidades que têm de fundir e reconstruir constantemente saberes e orientar suas autonomias de conduta.

Frente ao retrocesso que as políticas públicas vêm enfrentando no Brasil, é fundamental não apenas retomar os modelos propositivos do fazer saúde já discutidos com a implementação do SUS, mas expandir propostas dialógicas e não estigmatizantes do fazer Educação em Saúde e do fazer Saúde, combatendo veementemente modelos que se encontram vinculados a discursos conservadores e prepotentes de uma relação autoritária e vertical para com o público ou com determinados grupos sociais mais fragilizados.

Nesse sentido o resgate do conceito de vulnerabilidade é indispensável para que não haja retrocesso, mas sim avanços frente a males que acometem esses grupos, como aqueles que são abordados pelas estratégias de saúde como um todo, além dos que especificamente

são alvo de discursos educativos de temas já marginalizados e que envolvem a saúde mental, drogas e direitos sexuais e reprodutivos, incluindo profissionais do sexo e também a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBTs) que são grupos que já enfrentam preconceito social.

### Referências

1. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2010.
2. Amaral R. A raça negra em São Paulo. In: São Paulo. (estado). Departamento de Saúde do Estado. Seção de Propaganda e Educação Sanitária Coletânea. São Paulo: SPES; 1943. p.25-27. (Coletânea, série 1).
3. Aquino JG. A vivência escolar e a crise da autoridade docente. *Cadernos Cedes*. 1988; 19(47):7-19.
4. Aquino PS, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Políticas Públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. In: *Enfermagem Em Foco*. 2010; 1(1). p.18-22.
5. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface Educ. Saúde*. [online]. 2004; 8(14):73-92.
6. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. (organizadores). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.375-417.
7. Batista LCM, Moraes AAF. Publicidade e Argumentação: Uma análise dos aspectos retóricos, sofismáticos e falaciosos em algumas campanhas publicitárias de circulação nacional. *XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste*. Rio Verde, Goiás: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom); maio 2013:6-19.
8. Buchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Cienc. Saud. Colet*. 2009; 14(1):267-273.
9. Carlini-Cotrim B, Pinsky I. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. *CP Cadernos de Pesquisa*. 1989; 69:48-52.
10. Caron E. A Saúde do Jornal Nacional. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
11. Coutinho F, Nublát J. Ministro da Saúde recua em campanha para prostitutas. *Folha de São Paulo*. 4 jun 2013; [acesso em: 29 set 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1289525-ministro-da-saude-recua-em-campanha-para-prostitutas.shtml>
12. Fernandes NA, Barollo AT, Guedes SEM, Motta RMM. Uma releitura do passado ou os tempos se seguem e parafraseiam-se (Guimarães Rosa). [Relatório de Pesquisa]. São Paulo; Instituto de Saúde; 1989.
13. Figueiredo R, Gregori R. Os diferentes modelos de prevenção à AIDS adotados em campanhas e projetos. In *Prevenção às DST/aids em Educação e Saúde*. São Paulo: NEPAIDS/USP; 1998.
14. Goffman E. Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: Sabotagem; 2004. [acesso em: 21 set 2017]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3245337/mod\\_resource/content/1/GOFFMAN%2C%20E.%20Estigma%20notas%20sobre%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20deteriorada](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3245337/mod_resource/content/1/GOFFMAN%2C%20E.%20Estigma%20notas%20sobre%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20da%20identidade%20deteriorada).
15. Goldemberg M. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
16. Gomide APV. As “propagandas do horror” e os fenômenos de massa contemporâneos. In: *Psicologia em Estudo*. 2011; 16(4):571-580.
17. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasil; 2003.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília; 1º jul. 2005.
19. Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de DST e aids. Política nacional de DST/aids: princípios e diretrizes*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
20. Moraes PB, Amorim RF. Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à AIDS: resgatadas nas décadas de 1980 e 1990. *Tempo da Ciência*. 2011; 35(18):95-113.
21. Oliveira AM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. In: *Ver. Brasil. Enferm*. 2004; 57(6):761-763.

22. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Ver. Latino-Americ. Enferm. 2005; 13(3):423-431.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Carta de Ottawa. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa; 1986.
24. Osakab H. Argumentação e discurso político. São Paulo, Kairós, 1978. 200p.
25. Paiva V. Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo: Summus Editorial; 2000.
26. Petuco DRS. Entre mensagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. {Dissertação de Mestrado}. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2011.
27. Pinc T, Becs CV, Pröglhöf PON. Prevenção ao uso de drogas e imagem da polícia. Qual é o propósito do PROERD?. In Pareschi ACC, Engel CL, Baptista G.C Investigação criminal e avaliação de políticas de segurança pública. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Segurança Pública; 2016. 256p.
28. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33(2):253-261.
29. Ronzani TM; Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. Jorn Brasil Psiq, 2010; 59(4):326-332.
30. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Públ. 1999; 15(2):S4-S6.
31. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede pública de saúde do DF. Brasília; 2009.
32. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. Interface Comunicação Saúde e Educ. [online]. 2017. [acesso em: 9 out 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160822.pdf>
33. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(5):2539-2550.
34. Silva SL, Adorno RCF. Exposição e invisibilidade: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas. BIS – Bolet. Inst. Saúde; 2107, 18(1): p.83:100.
35. Sucupira AC; Mendes R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. In: Sanare Rev. Pol. Públic. 2003; 4(1):7-10.
36. Stotz EN. Saúde e democracia no Brasil. Interface Com. Saúd. Educ. 2014; 18(2):1475-1486.
37. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. & Saúd. Col. 2012; 17(11):2923-2930.
38. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. Rev. Latino-Am. Enferm. 2007; 15(6):1177-1183.

# Retratos falados - experiências de produção de recursos educacionais para a população usuária de serviços públicos de saúde

*Portraits spoken - experiences of producing educational resources for the population that uses public health services*

Ana Luisa Zaniboni Gomes<sup>1</sup>

## Resumo

A intenção deste artigo é apresentar o histórico de duas produções comunicacionais concebidas como recursos educativos e mobilizadores voltados à população usuária dos serviços públicos de saúde no estado de São Paulo. As peças aqui retratadas foram desenvolvidas por profissionais da Comunicação a partir de pesquisas acadêmicas e artigos de profissionais da área da Saúde - notadamente gestores, médicos e enfermeiros. Uma vez adaptadas à linguagem cotidiana, assumiram a forma de oficinas de formação e/ou cartilhas educativas. Com este texto, reforçamos o quanto é importante o registro de experiências que se mostram úteis em contextos desafiadores, especialmente porque são faróis que iluminam possibilidades, tratam de soluções passíveis de adaptação ou mesmo reprodução, respondem às demandas de socialização e popularização do conhecimento e, por fim, ressaltam a importância dos enlaces institucionais de natureza multi, inter e transdisciplinar que em muito colaboram para o aperfeiçoamento da práxis na área da Saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação e Saúde; Educação em Saúde; Recurso educativo.

## Abstract

The intention of this article is to present the history of two communicational productions conceived as educational resources and mobilizers aimed at the population that uses public health services in the state of São Paulo. The pieces presented here were developed by communication professionals from academic research and articles from health professionals - notably managers, doctors and nurses. Once adapted to everyday language, they took the form of training workshops and/or educational booklets. With this text, we reinforce how important it is to register experiences that prove useful in challenging contexts, especially because they are lighthouses that illuminate possibilities, deal with solutions passive of being adapted or even reproduced, respond to the demands of socialization and popularization of knowledge and, finally, they emphasize the importance of institutional links of a multi, inter and transdisciplinary nature that in many ways contribute to the improvement of praxis in the area of Health.

**Keywords:** Communication and health; Health education; Educational resource.

<sup>1</sup> Ana Luisa Zaniboni Gomes (analuisagomes@obore.com) é formada em Comunicação Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutora em Ciências da Comunicação e Pós-Doutoranda pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). Jornalista Profissional e Diretora da Oboré Projetos Especiais.





*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.*

*(Paulo Freire, 1996, p.16)*

### **Introdução**

Meu propósito neste artigo é tratar de duas experiências de formação cuja importância social reside no fato de que foram concebidas para relacionar demandas da área da Saúde a elementos educativos que, com a colaboração ativa da Comunicação, tornaram-se recursos disponíveis tanto aos serviços de saúde quanto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conceitualmente, as reflexões ancoram-se na *“sociologia das ausências e das emergências”*, de Boaventura de Souza Santos<sup>10</sup>, para quem as inúmeras experiências no campo social que privilegiavam o acesso mais equânime ao conhecimento

precisam ser conhecidas, reconhecidas e expandidas de modo a estimularem o surgimento de novas iniciativas e aumentarem as expectativas de resultados a curto prazo. Baseiam-se, igualmente, no reconhecimento da importância da geração e socialização do conhecimento capaz de atuar na transformação da realidade, esteja ele assentado em ambientes formais, informais ou não formais e que tenha compromisso com o seu tempo social<sup>10</sup>.

Outro conceito inspirador é o de *“cultura científica”* proposto por Vogt<sup>11,12</sup> para também designar toda e qualquer atividade de socialização do conhecimento. Para o autor, trata-se de um processo essencialmente cultural, pois envolve desde a criação, a produção, a difusão entre pares, a divulgação na sociedade, o ensino-aprendizagem ou, ainda, o estabelecimento das relações necessárias entre o cidadão e os seus valores na compreensão pública da ciência<sup>11</sup>.

Há também alguns pressupostos que esclarecem nosso lugar de fala e de atuação

prático-reflexiva nas experiências aqui apresentadas. Um deles é o fato de que a Comunicação conquistou lugar determinante no mundo contemporâneo. Outro é a compreensão de que os diferentes vínculos que os processos e produtos comunicativos estabelecem com a Educação e a Saúde referem-se a formas de apreensão do mundo e, como tal, evidenciam a necessidade de ampliar o diálogo com discursos gerados fora de seus respectivos espaços tradicionais. Outro entendimento ainda é que, mesmo orientados ao longo do tempo por inflexões distintas, pois originados de diferentes realidades sociais e culturais, tais entrosamentos multidisciplinares são destinados a um compromisso emancipador<sup>1</sup>.

Com esse esclarecimento inicial, passo ao relato de cada uma das experiências acima referidas. Começo por rememorar um projeto de formação desenvolvido em 2005 no município de Guarulhos (SP), cujo objetivo era auxiliar na construção de diálogos entre comunicadores populares e os serviços de saúde a fim de estimular a participação da comunidade em propostas de valorização das questões de saúde-doença. Em seguida, passo a descrever e comentar o processo de construção de uma cartilha educativa, em 2008, que procura responder algumas das dúvidas sobre a gravidez, o parto e o pós-parto.

### **Comunicação, Saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias**

Em 2004, um edital do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Participativa, convocou universidades brasileiras interessadas em desenvolver alternativas de comunicação em saúde direcionadas a rádios comunitárias, à época em expansão por todo o Brasil e mobilizadas pela definição de marcos legais para a regulamentação do setor<sup>4</sup>. A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), através

de seu Departamento de Medicina Preventiva, respondeu ao chamado e apresentou a ideia de criar cursos que ampliassem a informação sobre saúde disponível a esse segmento de comunicadores. Construído de forma colaborativa e dialógica, o projeto reuniu uma grande equipe de profissionais, das mais variadas formações, e foi apresentado conjuntamente por técnicos da UNIFESP, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, da Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos e da Oboré Projetos Especiais.

A metodologia de trabalho foi especialmente concebida de forma a permitir às rádios comunitárias serem um ponto de troca de conhecimentos e ações entre a comunidade e os serviços de saúde. Para isso, era preciso fornecer aos comunicadores informações técnicas sobre saúde-doença, apresentar as diretrizes, os princípios e objetivos do SUS e organizar com eles uma rede técnica de retaguarda para ajudar seus trabalhos de cobertura do assunto saúde em suas atividades cotidianas de comunicadores. A proposta, sobretudo, foi construir uma interação entre os campos da Comunicação e da Saúde para que os técnicos da área obtivessem alternativas de comunicação com a comunidade e que os comunicadores populares passassem a ter fontes de informação técnica seguras para suas atividades junto aos seus ouvintes.

Do ponto de vista dos coordenadores, o aporte do saber técnico sobre saúde, doença e a lógica de atuação dos serviços poderia contribuir para que mais pessoas ficassem informadas sobre seus direitos desde que o diálogo construído respeitasse os saberes e interesses das pessoas. Nesse sentido, os comunicadores populares foram compreendidos como mediadores de informações nas comunidades aonde atuavam.

Um mapeamento territorial integrou a fase inicial do projeto, com o propósito de fornecer informações reais sobre quais eram as rádios

comunitárias existentes em Guarulhos, onde estavam localizadas e quais comunicadores atuavam nessas pequenas emissoras. Somente a partir dessas informações preliminares tornou-se possível a montagem de uma lista de radialistas a serem convidados para as oficinas previstas no projeto. O mesmo foi feito em relação aos servidores da saúde: a partir da localização geográfica das emissoras foi possível selecionar quais serviços deveriam ser chamados a participar das dinâmicas, já que o pressuposto era trabalhar a Comunicação e a Saúde de forma territorializada.

Para isso, foram organizadas 13 oficinas de trabalho entre setembro e novembro de 2005, no Centro de Formação de Educação Parque Júlio Fracalanza, com a presença de 67 participantes entre comunicadores de rádios comunitárias e representantes dos diversos serviços de saúde do município. O objetivo foi refletir, discutir e elaborar ações conjuntas sobre temas de saúde.

A metodologia desenvolvida articulou, além de textos acadêmicos, outros tipos de linguagem, como pintura, música, radionovela, poesia, ilustrações e charges na abordagem de assuntos como: SUS, Saúde e Comunicação, saúde-doença, atenção à saúde, modelos de atenção, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, tuberculose, hipertensão, diabetes, vacinação, gravidez na adolescência, álcool e drogas, e acolhimento. Durante as oficinas procurou-se construir espaços para as necessidades de eventuais correções que viabilizassem o alcance dos objetivos: discutiu-se o tipo de organização e os conteúdos propostos, inclusive a presença de outras linguagens além da novela, como poemas, música e filmes.

A opinião dos participantes foi expressa nos grupos de discussão e nas plenárias. O processo de avaliação final constou de um questionário com questões abertas, ordenadas em três núcleos de interesse, e organizado de forma

a permitir a avaliação das oficinas quanto aos recursos materiais e humanos, a avaliação do aprendizado, além da auto-avaliação dos participantes nos grupos. A análise das respostas indicou tratar-se de uma metodologia compatível com os objetivos de alcançar envolvimento e desenvolver parcerias entre comunicadores, serviços de saúde e comunidade<sup>3,6</sup>.

### **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante**

No dia três de dezembro de 2009, o trabalho “*Celebrando a vida: Construção de uma Cartilha para a Promoção da Saúde da Gestante*”<sup>II</sup> recebeu, na categoria “mestrado”, o prêmio principal *Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS* do Ministério da Saúde, em reconhecimento de sua metodologia inovadora que além da própria dissertação, incluiu uma cartilha educativa<sup>III</sup> elaborada a partir do relato das vivências e dúvidas mais comuns referidas pelas gestantes acompanhadas na pesquisa realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

A cartilha foi elaborada entre os meses de fevereiro e outubro de 2008 a partir das transcrições feitas nessa dissertação sobre as vivências e dúvidas mais comuns das gestantes acompanhadas. Além de contextualizar o universo envolvido na busca da promoção da saúde da gestante sob a ótica do SUS e balizado por uma vasta bibliografia científica sobre o tema, o material apresentava

<sup>II</sup> Desenvolvido por Luciana Magnoni Reberte e orientado por Luiza Akiko Komura Hoga, à época coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Assistência ao AutoCuidado da Mulher (NAAM) do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

<sup>III</sup> Tive o privilégio de atuar como especialista da área da Comunicação junto à equipe de validação da cartilha e como coordenadora editorial do material, entre os meses de fevereiro e outubro de 2008. Meu papel foi sugerir os critérios conceituais e técnicos que mais se adaptariam à natureza educativa da peça, ao público prioritário – as gestantes moradoras da cidade de São Paulo assistidas pelo SUS - e ao objetivo de colaborar na promoção da saúde da gestante por meio do acesso a informações educativas e qualificadas sobre gravidez, parto e pós-parto.

o cenário real da experiência da maternidade descrito pelas próprias gestantes e seus parceiros a partir das dúvidas, expectativas, questionamentos e demandas iluminadas de forma coletiva, nos trabalhos em grupo. Evidentemente, era preciso selecionar e organizar as informações de maneira a facilitar a leitura e compreensão de tudo por todos, inclusive esclarecendo o compromisso do Estado brasileiro em garantir o acolhimento e o atendimento humanizado, o respeito aos direitos das gestantes e de todos os demais usuários dos serviços públicos de saúde.

Em um primeiro momento, foram focadas as questões de conteúdo. Meu desafio de comunicadora era selecionar e organizar editorialmente os muitos temas e assuntos disponíveis do relatório para transformá-los em um roteiro de uma publicação educativa. Independentemente do formato que viesse a assumir o material, era necessário inicialmente definir a intenção e a lógica que permeariam o texto: quem estava falando, para quem estávamos falando, sobre o quê estávamos falando e porquê estávamos tratando daqueles temas. Mais ainda: quais assuntos iríamos priorizar, em que profundidade e em qual sequência.

Isso posto, preparamos um roteiro preliminar de conteúdos: uma apresentação referindo-se ao próprio material – que tipo de instituição concebeu, organizou e produziu os temas, para quem foi feito e com que objetivo, como nasceu a ideia da cartilha, qual o processo percorrido para se chegar a ela e quais as expectativas e resultados deste processo. Em seguida, foi desenvolvido um capítulo inteiro sobre o compromisso com a promoção da saúde da gestante materializado em um texto geral para contextualizar o tema a partir do compromisso público do SUS e do HU com as mulheres gestantes.

O nosso mote foi que mais um cidadãozinho ou cidadãzinha estava para nascer e frente

a este fato, iríamos, juntos, cuidar para que esse evento ocorresse com todo o cuidado e carinho. Entendíamos também que seria muito importante destacar o “processo de nascer” – assunto central da publicação – através de relatos diretos ou tipo pergunta-resposta, que poderia ser sub-dividido em fases para facilitar a leitura ou a busca do tema nas páginas da publicação. Além disso, deveríamos acrescentar em cada temática outros conteúdos sugeridos nas sessões dos grupos de gestantes, como por exemplo: modificações fisiológicas da gestação, desenvolvimento fetal e gestacional, trabalho de parto e parto, parto normal e o uso do fórceps, puerpério, amamentação, desconfortos e abordagem corporal. Por fim, seria também interessante acrescentar sugestões de leituras complementares.

Só então passamos a refletir sobre o formato do material e as lógicas editoriais a serem adotadas, como a facilitação da leitura e a simplificação visual. Queríamos garantir o respeito máximo e profundo para com a futura leitora. Nesse sentido, o grande desafio dessa construção foi não cair no terreno movediço da infantilização da nossa interlocutora nem adotar um caráter simplório para o projeto. Das várias e sucessivas tentativas para estabelecer o que viria a ser o nosso padrão, ressaltou-se o uso do texto em linguagem coloquial e popular, compreensível para a maioria da população, independente de classe social ou grau de formação, em diagramação arejada e visual suave e limpo, por meio de algumas regras básicas como (1) usar letras maiores do que as usuais, de boa definição e sem contrastes de cores ao fundo; (2) utilizar ilustrações claras que remetessem efetivamente ao texto; (3) usar frases e parágrafos curtos e sintéticos que concentrassem uma informação de cada vez; (4) adotar espaçamento e entrelinhamento generosos que permitissem leitura em várias situações, especialmente em ônibus, trens ou metrô; (5) adotar



um tipo de texto capaz de convencer o leitor da necessidade e da importância da leitura; (6) o material, além de seu cunho educativo, deveria expressar toda a responsabilidade do gestor e do equipamento público de saúde no atendimento adequado e humanizado aos usuários, dentro dos protocolos e padrões estabelecidos no SUS; (7) também deveria garantir que as observações dos peritos programados para analisar as várias fases e versões do projeto fossem todas contempladas na versão final do material.

Essas regras foram, passo a passo, desenhando o formato final da cartilha, que ganhou identidade ao ser validada não apenas pelos peritos, mas também pelas gestantes – as efetivas e futuras leitoras do nosso material.

### **Reflexões e aprendizados**

- reflexões sobre um projeto de integração de rádios comunitárias para a promoção da saúde:

Constatado o potencial do projeto para contribuir com o processo de educação e participação popular, entendemos que, nessa experiência, os campos da Saúde, Comunicação e Educação se entrecruzaram em função do objetivo da proposta e do perfil multiprofissional de sua equipe coordenadora. Partindo de campos distintos na formulação disciplinar, tudo foi desenhado e desenvolvido considerando o caráter ampliado do conceito de saúde e o potencial articulador desenhado pelo SUS.

A diversidade de materiais para estimular a participação, a valorização dos relatos de experiências e a oportunidade de todos expressarem seus pontos de vista criaram, nas oficinas, um clima favorável às trocas, ao aprendizado e ao entrosamento. O diálogo, nem sempre fácil entre pessoas de níveis diferentes de escolaridade, foi possível pela oportunidade de se utilizar a fala de “terceiros”, ou seja, os personagens da

radionovela criada especialmente para esse projeto de formação.

Dentre os fatores que podem ser considerados em futuras experiências, estão a coincidência de horário com outros vínculos de trabalho dos radialistas, a falta de ajuda de custo para o deslocamento e receio de exposição – tendo em vista a perseguição, à época, de fiscais da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) às emissoras em processo de legalização na Grande São Paulo, especialmente Guarulhos, por abrigar um aeroporto internacional. Dos objetivos aparentemente não atingidos e de grande importância na conquista de resultados, pode-se citar a inexistência de mecanismos para a manutenção da relação servidores-radialistas. Situações como essas precisam de retaguarda e proteção institucional (no caso dos serviços de saúde) e confiança nas ações governamentais (no caso das rádios comunitárias). Por isso, uma lição importante dessa experiência vivida foi compreender que o desenvolvimento e a efetividade de projetos como este aqui relatado exigem o compromisso dos gestores<sup>6</sup> (p.443).

- reflexões sobre a produção da cartilha Celebrando a vida, visando a promoção da saúde da gestante:

Em artigo científico elaborado com o propósito de avaliar, sob a ótica da área da Saúde, o caminho percorrido na elaboração e produção da peça educativa, Reberte, Hoga e Gomes<sup>9</sup> (tela 6) destacam que “a experiência realizada mediante processo participativo, dialógico e coletivo – como preconizado nos fundamentos teóricos atuais em termos de promoção à saúde – demonstrou que o desenvolvimento desse processo é viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde”.

*“A participação dos peritos na validação da cartilha possibilitou uma adequação do conteúdo ao contexto de trabalho destes profissionais, permitindo abranger fatores importantes que não haviam sido considerados em sua elaboração inicial. Procedeu-se a uma crítica construtiva a fim de atender as expectativas dos colaboradores, que são pessoas que podem possuir conhecimentos e interesses distintos de quem elabora o material educativo. [...]. O envolvimento de profissionais de comunicação, mediante a concepção e realização do trabalho editorial e gráfico, desde o início do processo, também foi essencial. Esta medida tem sido preconizada nos processos de produção de materiais educativos no âmbito do SUS, já que existe uma crítica sobre a limitada inserção desses profissionais em apenas uma parte das etapas de produção, constituídas pelo planejamento, execução e avaliação dos materiais. Nesse trabalho, foi possível aliar os conhecimentos técnicos próprios de cada categoria profissional no desenvolvimento de todas as fases de construção da cartilha pois eram profissionais comprometidos com seu propósito e com experiência consolidada no desenvolvimento de cartilhas educativas voltadas à educação e promoção da saúde”<sup>9</sup> (tela 6).*

Os autores ainda apontam que, com a elaboração da cartilha, pretendeu-se, sobretudo, superar a hegemonia que se têm estabelecido na educação em saúde.

*“Essa experiência significou reconhecer as limitações do próprio saber admitir e validar um outro saber, não especializado, na identificação mais ampla das necessidades de saúde e na compreensão dos contextos de vida e dos recursos mobilizados pela população. Essa prerrogativa pressupõe a superação dos*

*preconceitos incluídos na representação da clientela, o que implica em respeitar e tentar entender a fala do outro, a fim de influenciar na produção de uma nova cultura do setor saúde. [...] Reitera-se a importância do cuidado em garantir uma comunicação eficaz na elaboração desta cartilha, tendo em vista a ampla recomendação da importância do investimento na comunicação entre os profissionais e a mulher, como meio de promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. Neste aspecto, as atividades educativas realizadas durante o pré-natal devem estar estruturadas com a finalidade de reduzir os desvios de comunicação, já que os profissionais tendem a ter posturas preconceituosas em relação ao fornecimento de informações às mulheres”<sup>9</sup> (tela 6).*

Ainda segundo os autores, a principal proposta que envolveu a criação da cartilha, cuja versão *online* está disponível ao público no site da EEUSP, foi a de ampliar o potencial da gestante e da sua família e promover a condição de saúde da mulher. Trata-se de um recurso importante, “um suporte aos profissionais e às gestantes para que superem dúvidas e dificuldades que permeiam o processo de gestação e parto”<sup>9</sup> (tela 7). Há, porém, a ressalva de que, apesar do importante passo para o acesso dos leitores, não é suficiente para representar recurso amplamente utilizado pelos usuários do SUS. Era preciso disponibilizá-la na versão impressa para as instituições públicas de saúde.

### **Considerações finais**

As experiências destacadas apresentam propósitos e métodos transformadores, de caráter público, o que foi percebido em seus resultados tanto pelos coordenadores quanto por seus

principais beneficiários. Frente a isso, espera-se que a Comunicação continue, cada vez mais, parceira e colaboradora dos campos da Educação para a Saúde com vistas a enfrentar as inúmeras e distintas questões do nosso tempo.

### Referências

1. Citelli A, Costa MCC. Educomunicação: construindo uma nova área de conhecimento. São Paulo: Paulinas; 2011.
2. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Celebrando a vida – nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante [cartilha]. São Paulo: Oboré, 2009. [acesso em: 15 ago 2017]. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha-celebrando-a-vida-eeusp.pdf>.
3. Gomes ALZ, Matos MR, Meneguetti LC. Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias. Anuário UNESCO/Metodista de Comunicação Regional. 2007; 11:121-133. [acesso em: 14 ago 2017]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/AUM/article/view/928/987>.
4. Gomes ALZ, Peruzzo, C.; Otre, M. A. C. Dificuldades de tendências na trilha das rádios comunitárias In: Comunicação Popular, Comunitária e Alternativa no Brasil. 1. ed. São Bernardo do Campo: UMEESP; 2015. p.349-364.
5. Levy P. A conexão planetária: o mercado, o ciberespaço, a consciência. São Paulo: Editora 34; 2000.
6. Matos MR, Meneguetti LC, Gomes ALZ. Uma experiência em comunicação e saúde. Interface. 2009; 13(31):437-447. [acesso em: 16 ago 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400016&lng=en).
7. Oboré. Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias [cartilha]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos; 2005. v.1. [acesso em: 14 ago 2017]. Disponível em: <http://www.obore.com.br/cms-arquivo/CartilhaGRU-A6.pdf>.
8. Oboré. Comunicação, Saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias [cartilha]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos; 2005. v.2. [acesso em: 14 ago 2017]. Disponível em: <http://www.obore.com.br/cms-arquivo/CartilhaGRU02b.pdf>.
9. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1):101-108. [acesso em: 16 ago 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000100014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100014&lng=en).
10. Santos BS. Conhecimento prudente para uma vida decente. São Paulo: Cortez Editora; 2004.
11. Vogt C. A espiral da cultura científica. Boletim de Idéias. 2005; 3:5-6.
12. Vogt C. Ciência, comunicação e cultura científica. In: Vogt C. (Org). Cultura científica: desafios. São Paulo: EDUSP, FAPESP; 2006. p.19-26.

# Parteiras e médicos: paradigmas existenciais opostos<sup>1</sup>

## Midwives and doctors: opposing existent paradigms

Janaína de Alencar Ribeiro<sup>II</sup>

### Resumo

Parteiras e médicos são guiados por paradigmas existenciais contrapostos, que em seu limite, poderiam ser complementares: as primeiras guiando-se pelo conhecimento integral da mulher e os últimos, pelo limite da medicina científica e tecnológica. Portanto as parteiras (não-médicos) podem garantir o espaço do parto humanizado e naturalizado, cabendo a intervenção médica somente quando houver necessidade de cirurgia. Porém, o que temos é a marginalização da prática das parteiras e uma hipermedicalização do parto feito por médicos.

**Palavras-chaves:** Parteiras; Parto; Medicina; Humanização.

### Abstract

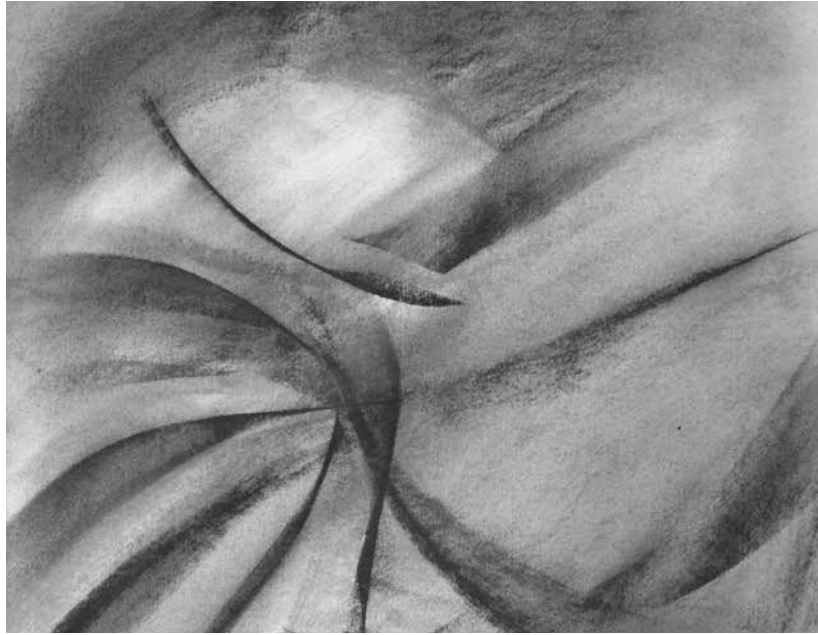
Midwives and doctors are guided by opposing existential paradigms, which in their limits could be complementary: the former guided by the integral knowledge of women and the latter, by the limit of scientific and technological medicine. Therefore midwives (non-medical) can better guarantee the space of humanized and naturalized delivery, leaving medical intervention only when surgery is needed. However, what we have in Brazil is the marginalization of the practice of midwives and a hypermedicalization of childbirth by doctors.

**Keywords:** Midwife; Childbirth, Medicine; Humanization.

<sup>I</sup> Artigo baseado na monografia "Retas Paralelas se Cruzam? Fragmentos e Retalhos: um ensaio sobre a prática de parteira e sustentabilidade na Amazônia"<sup>20</sup>, para obtenção do título de Bacharel em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESP), sob orientação de Ronaldo Rômulo de Almeida e Artionka Capiberibe, a quem agradeço por terem apoiado incondicionalmente esta pesquisa.

<sup>II</sup> Janaína de Alencar Ribeiro (najavabr@yahoo.com) é Cientista Social pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESP-SP) e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidad de Buenos Aires (UBA).





### Introdução

Parteiras e médicos são guiados por paradigmas existenciais contrapostos, que em seu limite, poderiam ser complementares: as primeiras, guiando-se pelo conhecimento integral da mulher que possuem, e os últimos, pelo limite da medicina científica e tecnológica que seguem. Dessa forma, parteiras (não-médicas) têm mais tradição em garantir espaço ao parto humanizado e naturalizado, deixando a intervenção médica somente para quando há necessidade. Porém, o que temos no Brasil, é a marginalização da prática das parteiras e uma hipermedicalização do parto feito por médicos.

Movimentos de humanização do parto são impulsionados por deliberações de organismos internacionais como a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993<sup>25</sup>, que enfatizou que os direitos das mulheres são direitos humanos e a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada

no Cairo, em 1994<sup>26</sup>, que consagrou, após longas negociações e articulações, a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a ideia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente, mas sim, ser abordada no contexto de políticas de desenvolvimento. No Brasil, o marco foi desta proposta, com relação ao parto foi o lançamento da Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Parto, Aborto e Puerpério<sup>9</sup>, produzida pelo Ministério da Saúde em 2001, que introduziu a iniciativa mais abrangente para a humanização do atendimento à mulher parturiente e seu bebê.

Essas recomendações ou programas, porém, raramente geram a reinserção das parteiras, com exceção de algumas iniciativas, como a do Amapá, que em 1995, implementou o Programa Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais dentro do Programa de Desenvolvimento Sustentável (PDSA)<sup>1</sup>, visando, como afirma Barroso<sup>22</sup>, “o reconhecimento e valorização dessas mulheres,

tirando-as do anonimato e profissionalizando-as. Esse projeto enfatiza a regulamentação da prática do parto tradicional, sem modificar o estilo de fazer parto domiciliar” (p.13).

De restante, o sistema moderno de atendimento na área de Obstetrícia é composto por profissionais da medicina (médicos, obstetras, enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, etc), que se distribuem em hospitais e unidades/postos de saúde e exercem o monopólio dessa atenção e, conseqüentemente, sobre a saúde das mulheres gestantes. Seus conhecimentos são produto da tradição europeia e ocidental da ciência moderna.

Dada a precariedade e a violência do atendimento à mulher referida por diversos autores e presente até hoje<sup>16</sup>, quando se observa como as “coisas de mulheres” são tratadas desde o surgimento da medicina ocidental, pode-se afirmar que esta vem sendo deveras agressiva, principalmente no que diz respeito ao parto.

Se analisarmos como se deu o uso indiscriminável do fórceps (também conhecido como “mão de ferro”), verificamos que o uso deste aparelho está vinculado ao detrimento do trabalho das parteiras e o favorecimento do conhecimento técnico dos médicos<sup>17</sup>. Também a realização indiscriminada de cesáreas no Brasil que já alcançam índices absurdos de cerca de 80 % dos partos cirúrgicos e que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que seja realizado procedimento cirúrgico em até 15% dos partos<sup>25</sup>, apontada por muitos como “a melhor forma de parir” devido a uma suposta “segurança” do parto e “sem dor”, percebe-se até onde o mau uso da técnica pode chegar, fazendo parte dos itens que ressaltam a desumanização da assistência à gestante que, hoje, vem sendo denominada “violência obstétrica”<sup>16</sup> e que atinge principalmente mulheres das classes desfavorecidas em hospitais públicos e, até, em hospitais-escolas de treinamento de residentes.

O atual modelo de assistência ao parto é, assim, cada vez mais tecnológico e centrado no médico e a recorrentemente tentativa de reintrodução da parteira ao trabalho de parto, quando proposta, se faz no sentido de diminuir a sobrecarga do médico e não apenas visando à humanização deste evento propriamente dito.

Outro aspecto relevante que não é considerado é a liderança exercida pelas parteiras junto a sua clientela, que se mostra como elemento fundamental para dinamizar a organização das populações onde vivem quando a suas reivindicações por melhores níveis de saúde, de assistência e qualidade de vida.

### ***O parto na história ocidental: emergência “a ferro e fogo” de um saber masculino***

O histórico de mudanças quanto às técnicas do parir pode ser apresentado por dois fatores principais: o crescimento do parto feito por médicos, principalmente através de cesarianas, e, ao mesmo tempo, a crescente desumanização da assistência. Desde século XIX e até os dias de hoje, a assistência ao parto vem sendo feita a partir de uma visão centralizada na figura do médico, situação em que as parteiras (não-médicas) são consideradas charlatãs ou só têm sua atuação justificada por insuficiência de atendimento médico, como ocorre nas regiões Norte e Nordeste do país.

Na Europa, a participação masculina no parto foi pouco frequente até o século XVII<sup>18</sup>, pois obstáculos da ordem moral impediam a entrada de homens nos aposentos das parturientes. Como o ato de “dar a luz”, o parto era encarado como um evento fisiológico e manteve por séculos os homens afastados da parturição. Em algumas situações em que havia intervenções, estas aconteciam em situações específicas e dramáticas, uma vez que os médicos pouco conheciam

da fisiologia feminina e tinham habilidade apenas para a hemostasia (cessão sangramentos), por meio de suturas ou drenagens, guiados pela prática clínica de intervenção, ou temidas cirurgias, muitas vezes mutiladoras<sup>III</sup>, consideradas de prática médica masculina<sup>17</sup>. A presença do homem no parto, dessa forma, significava que algo estava indo mal e que a parteira já tinha utilizado suas técnicas e redes de apoio sem êxito. Assim, somente por ostentação, por ser utilizado por famílias abastadas do período ou em casos difíceis quando os recursos das parteiras se esgotavam, a vinda do cirurgião era requisitada.

Segundo Osava<sup>17</sup>, durante o séc. XVII acreditava-se que o feto comandava o trabalho de parto, sendo estes encarados como responsáveis pela dor da mãe. Por isso, intervenções como a embriotomia de fetos vivos ou mortos eram moralmente o sofrimento como um castigo aquele ser provocador de mal.

É interessante, também, notar os diferentes significados que o parto assume em cada sociedade. Na época de Hipócrates (460-377 a.C.), o parto era entendido como comandado pela vontade do feto, por isso faziam-se oferendas para atraí-lo para fora do útero; diferentemente, no século XVII, predominava na Europa o imaginário fortemente católico, que justificava a dor e as anomalias do parto como obra onipotente e ligada às condutas da mãe, que deveria, no mínimo, fazer jus a seus pecados<sup>17</sup>.

O cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540-1596) foi o inventor do fórceps, instrumento usado em segredo durante quase um século. Segundo Osava<sup>17</sup>, o segredo sobre seu uso só foi possível, porque os médicos, naquela época somente apalpavam as partes íntimas, mas não a viam, portanto a assistência masculina ao parto se

dava, literalmente, por baixo dos panos. Como as mulheres não tinham conhecimento do que ocorria com seus corpos, o uso desse instrumento era feito sem nenhuma autorização.

O fórceps obstétrico, assim, substituiu a embriotomia em partos onde não havia livre expulsão rápida do bebê, trazendo mudanças radicais à assistência obstétrica. A invenção do fórceps, segundo Litoff<sup>17</sup>, foi o evento que isoladamente mais influenciou na aceitação da Obstetrícia como disciplina técnica e científica e passou a ser utilizado corriqueiramente e sem restrições, no século XVIII, tanto como o uso do ópio e da sangria para aliviar as dores do parto.

Assim, o uso do fórceps pode ser usado como símbolo da participação do homem no parto, inaugurando um período onde há hegemonia da técnica e legitimada pela ciência, em detrimento do trabalho da parteira. As próprias parteiras, mesmo não vendo com bons olhos o uso do chamavam “mão de ferro”, recorriam ao médico, quando necessário<sup>17</sup>:

“Estas colheres de ferro que interferiam no curso do nascimento, até então entregue à vontade onipotente, desafiaram a noção de parto como um ato comandado pelo destino. A luta do homem contra a natureza se materializava, introduzindo o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana” (p.11).

As cesáreas só eram permitidas em gestantes mortas e só passou a ser prática aceita e resgatada pela Obstetrícia científica a partir da segunda metade do século XX, e, no Brasil, em 1822, disputando a hegemonia do fórceps nas intervenções sobre o parto. Esse uso da cesariana gerou, na época, altos índices de mortalidade<sup>17</sup>.

Não muito diferente, na América do Norte, a corporação médica era formada em bases classistas: masculina, branca e de classe média, contrapondo-se em campanhas contra os charlatões e as parteiras<sup>17</sup>, num semelhante caça às

<sup>III</sup> Como a temida histerectomia, ou a embriotomia<sup>13</sup>.

bruxas medievais. Anteriormente, na Idade Média, a Santa Inquisição da Igreja Católica já havia tido as parteiras como alvos prediletos de suas caças e condenações<sup>3</sup>:

“Para os inquisidores, as bruxas parteiras praticavam crimes, matavam crianças tanto no útero da mãe quanto depois de nascer, impediam a concepção através de ervas, provocavam aborto ou quando fracassavam na tentativa do aborto ofereciam a criança ao diabo” (p.129).

Assim, também nos Estados Unidos, várias foram as tentativas visando subjugar o trabalho das parteiras aos domínios da medicina ocidental oficializada. Em 1902, foi aprovada a lei *Midwives Act*, que proibia o exercício de parteiras não registradas, além de criar um órgão regulador de suas práticas, orientando que deveriam solicitar um médico em situações anômalas. Essa lei demarcou a passagem do domínio do parto para a medicina oficial<sup>17</sup>. Até então, na América do Norte, 50 % dos partos eram realizados por mulheres de baixa renda, situação encarada pela classe médica como um desperdício de material de estudo, à precariedade e à falta de higiene, marginalizando e depreciando as mulheres parteiras.

Essa situação inaugurou campanhas nos meios de comunicação, disseminadas no início do século XX, propagandeando os benefícios da participação médica-masculina no parto, embora não tenha significado a diminuição dos altos índices de mortalidade<sup>17</sup>.

No Brasil, desde o início da colonização, são as parteiras que monopolizam a *arte de partejar* e estas eram caboclas, portuguesas e negras velhas, pertencentes aos estratos mais baixos da sociedade, como apontou Osava<sup>17</sup> (p.25).

Até o século XIX, a assistência ao parto permaneceu exclusivamente nas mãos das parteiras até o século XIX. Salvo algumas exceções, cirurgiões barbeiros não partejavam, pois a esfera do parto constituía ritos e saberes próprios das

mulheres, com seus “odores e secreções”. Segundo Del Priore<sup>5</sup>, “estas coisas de mulheres em que se constituía dar à luz, requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos” (p.263). Assim, a presença masculina era encarada como desconfortável.

Havia preconceito com relação a essas mulheres, que eram acusadas de prática de infanticídio, feitiçaria e de provocar abortos<sup>5,17</sup>. Essa imagem negativa era veiculada pela literatura médica do século XIX, em oposição ao cotidiano das mulheres que a denominavam como “comadres”, demarcando sua proximidade, afetividade e carinho.

Como aponta Osava<sup>17</sup>:

*“O movimento do parto foi durante muito tempo, uma vivência exclusivamente feminina, uma intensa experiência corporal e emocional que levava as mulheres a se subjetivarem a partir desta”* (p.17).

Ainda que, até meados do século XX, as parteiras tradicionais tenham sido as grandes agentes centrais da assistência ao parto, no Brasil não foi diferente movimento de transferência do parto para o campo da medicina. Os médicos também disputaram a hegemonia sobre o parto com as parteiras. Além disso, a questão racial se mostrou crucial para a exclusão das parteiras que eram, em sua maioria, mulheres indígenas, negras, mestiças e mulatas, favorecendo a discriminação e a maledicência sobre suas práticas.

No século XX, ocorre definitivamente o fim da feminização do parto e passa a predominar o parto hospitalar. Antes o que era o espaço para a subjetividade feminina tornou-se espaço para a ação e a formação de médicos.

O discurso e a prática médica, no entanto, não conseguiam incorporar a subjetividade feminina justamente por não haver compartilhado



concretamente da cultura feminina do parto e do parir. Segundo Osava<sup>17</sup>, o de trabalho de parto para os médicos é sentido com repugnância e pela necessidade de intervenção.

Esse fator possibilitou o resgate das questões femininas e uma aliança de gênero que fizeram com que, na década de 1980 a 1990, o movimento feminista retornasse as questões sobre o parto e o aleitamento como bandeiras importantes.

### **Parto tecnológico no Brasil**

O parto por cesárea, o parto tecnológico, na sociedade moderna ocidental, ganha, assim, dimensão de segurança em detrimento do parto normal, que remete à natureza e ao instinto e transformado em sofrimento desnecessário às mulheres que a tecnologia pode agora poupar. Essa é a ideia que se prolifera. Assim, também o século XX dissemina o uso da anestesia para entorpecer a dor de parto e, também, efetivar as cesáreas.

O parto, tradicionalmente doméstico e centrado na mulher, passa a ser substituído pelo parto hospitalar e a rede de solidariedade entre as mulheres desaparece ao longo do século XX<sup>17</sup>, quando médicos homens passam a atender aos partos normais. A autora afirma que, enquanto o parto era feito fora dos hospitais, mesmo que por médicos, ainda havia a possibilidade de algum controle sobre a ação deste profissional pelos familiares e amigas, que atuavam como vigias da performance médica.

Esse evento de hospitalização e, portanto, institucionalização do parto, ocorre a partir do final do século XIX, quando a classe médica começa a explicitar as frustrações por não poder controlar os eventos do nascimento. Assim, é orientada a vinda para a maternidade, que é regrada sobre o que é ou não é permitido, inclusive no

comportamento da parturiente, provocando uma uniformização da preparação do parto e sua realização, conforme aponta Osava<sup>17</sup>:

*“No hospital, simbolicamente a mulher é despidada de sua individualidade, de sua autonomia e sua sexualidade” (p.62).*

Ao estar internada institucionalmente, a mulher passa a ser banida de seus familiares, de suas roupas, de sua alimentação típica, além de ficar sujeita à intervenção sobre seu corpo, com a raspagem dos pelos pubianos, rituais de limpeza retal com uso do enemas e a introdução de soro endovenoso. Os sentimentos são banidos da relação médico-paciente e a mulher deixa de ser o sujeito do parto, para se tornar apenas mais um caso. Nesse sentido, o preço que se paga para uma suposta melhoria da qualidade do parto é a total desumanização em sua assistência e a submissão da mulher a sondas, lavagens, toques, cortes e constrangimentos, realizados independentemente de sua vontade.

Numa visão mecanicista e biomédica, o aparelho reprodutor feminino é tratado como uma máquina de nascimento, que deve “produzir” o conceito, não há toa procedimentos para que essa produção seja feita de forma acelerada são adotados, como à indução à dilatação com uso de soro de ocitocina. Assim, em metáfora, o corpo humano é tido como máquina, frente ao qual, médicos devem realizar “ajustes” como uma de “linha de montagem” na fábrica hospitalar, condicionando o nascimento ao modelo tecnológico<sup>17</sup>. Também a própria forma com a anestesia é utilizada facilita essa concepção de corpo como “máquina”, ao afastar a dimensão psicológica, implícita no medo, da fisiológica, da dor.

No Brasil as coisas não foram diferentes, os médicos adotaram e reproduziram a postura da ciência positivista, que não permite questionamentos quanto ao atendimento ao parto

medicalizado; os baixos salários estimulam o descompromisso com as pacientes e as relações mercantis com a saúde, propagando a realização inclusive de partos agendados e cesarianas<sup>17</sup>.

Segundo Arruda<sup>2</sup>, os problemas começam com a própria formação dos profissionais da área de Ginecologia e Obstetrícia, que evidenciam a visão fragmentada e não integral do ser humano:

*“O parto para eles (estudantes de medicina) identifica-se com a mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea (...). Não aprendem coisas importantes como massagens, apoio físico, habilidades das parteiras: acham bobagens e não tem tempo a perder. Por outro lado, aprendem a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto, sem consciência de suas repercussões físicas e psíquicas sobre a mulher. Eles têm que praticar, e impõe manipulações “para o nosso bem” ou para o bem do bebê” (p.65).*

### A questão legal

Em pesquisa feita por Tanaka<sup>25</sup>, em uma região periférica da cidade de São Paulo, a autora apontou que a falta de acompanhamento ao pré-natal é o ponto de maior estrangulamento da assistência materna; nesse sentido, não é somente a técnica cirúrgica que faz a diferença para o bem-estar de mães e filhos recém-nascidos e, sim, o acompanhamento da gravidez, uma especialidade também dos não-médicos.

Esse acompanhamento de gestação e parto também é reivindicado por outra categoria de profissionais, as enfermeiras obstetras e a obstetriz.

O ensino formal de parteiras ocorreu, no país, de 1832 a 1925, que produziu nomes como o de Madame Durocher, primeira parteira diplomada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, profissional que gerou muitos comentários na

época devido ao seu aspecto andrógono, conforme apontou Durocher<sup>14</sup> (p.299).

Essa profissionalização para a realização de partos foi afunilada após a proibição dos cursos de parteiras, que passou a ser feita como uma disciplina da área de Obstetrícia, desde 1931<sup>17</sup> (p.42). A Obstetrícia tem como lógica a formação de auxiliares de médicos, sendo uma especialização da Enfermagem, por isso traz as visões dessa profissão, que encara as parteiras como ignorantes, pouco higiênicas e supersticiosas<sup>17</sup> (p.22) – da mesma forma que as parteiras, com sua visão contra a institucionalização, consideram as enfermeiras obstetras como “servas da profissão médica”<sup>17</sup> (p.32).

Segundo<sup>6</sup> o Conselho Internacional de Enfermagem, existem quatro categorias de parteiras:

1- a parteira: pessoa formada por um curso educacional que está legalmente licenciada para a prática da obstetrícia;

2 - a enfermeira obstétrica: pessoa legalizada tanto para a prática da enfermagem, como a de obstetrícia;

3 - a auxiliadora de parto: pessoa que tem uma curta formação sob a supervisão da parteira;

4 - a parteira tradicional: pessoa que adquiriu especialidade para a realização de partos de maneira informal, pela experiência pessoal ou por outra parteira tradicional e que pode, até, receber um curto treinamento.

Apesar de sua grande quantidade, no Brasil, estimadas em 40 mil nas regiões Norte e Nordeste, segundo Ministério da Saúde em 1997, as parteiras tradicionais não desfrutam de apoio ou reconhecimento jurídico para a realização de seu ofício, sendo que os principais entraves são, segundo Owen<sup>18</sup>: a ambivalência dos governos com relação à atuação das parteiras tradicionais; a recusa deste em se comprometer completamente com o tema; a oposição de médicos, enfermeiras e parteiras profissionais a sua atuação.

Em 1991, em Ontário, no Canadá, foi legalizada a profissão da parteira com formação heterogênea, podendo ser *nurse-midwife* (enfermeiras com conhecimentos específicos de obstetrícia), ou parteiras tradicionais<sup>17</sup> (p.52). Porém, o modelo preferido pelas parteiras<sup>7</sup> é o de formação separada da Enfermagem, que representa uma rejeição ao modelo responsável pela medicalização do nascimento, do qual discordam. Preferência também evidenciada por meu trabalho de campo com as parteiras do Amapá em 2002.

Neste modelo o de exercício de parteira se dá pela autorregulação entre os pares, ou seja, estabelecido quando um conselho de parteiras para regular sua prática<sup>7</sup>. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras, nos países europeus há esse predomínio de autorregulação no modelo de formação direto da parteira.

### Humanização do parto: Cais do Parto

No Nordeste brasileiro, há um movimento para a oficialização das parteiras, embora de forma distinta, por contar com a presença de organizações não governamentais (ONGs), de caráter feminista e que lutam pela humanização do parto e pela apropriação do corpo feminino pelas mulheres. A principal crítica que esse movimento produz é sobre a forma que a medicina oficial entende os corpos das mulheres, tal como máquinas biológicas, esquecendo as outras dimensões do ser, alienando a mulher em relação a seus ritmos e ciclos e que lhe aplica um excesso de medicalização<sup>17</sup>. Nesse ambiente, a iniciativa de promoção das parteiras surge de mulheres intelectualizadas que reelaboram sua condição feminina à luz de leituras feministas, e não das próprias parteiras; embora hoje, essa reivindicação já esteja incorporada aos desejos apresentados pelas próprias parteiras locais.

A reintrodução do não-médico no parto é uma estratégia para a humanização da experiência do

nascimento e do parto, seja essa institucionalizada ou não, seja esta realizada por não-médico, por parteira ou por enfermeira obstetra. Há projetos de lei e perspectivas para a maior participação do não-médico no parto e pela Humanização do Parto, porém essas regulações emperram em como se daria a formação desses profissionais. Principais exemplos, disso são os Projetos de Lei (PL) federais, apontados por Steck<sup>25</sup>:

- PL 7.633 de 2014 (da Câmara), do deputado Jean Wyllys: estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde;

- PLS 8 de 2013 (do Senado), do ex-senador Gim Argello: obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento;

- PLS 75 de 2012 (do Senado), da senadora licenciada Maria do Carmo Alves: proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto;

- PEC 100 de 2015 (da Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo: disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS;

- PL 359/2015 (na Câmara), da deputada Janete Capiberibe: propõe fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS.

As parteiras, mesmo sem, saber já atuam com a humanização do parto, como fica explicitado com a citação de Moulin<sup>11</sup>.

*“É um trabalho muito amoroso, em primeiro lugar, eu acho muito importante é o aconchego da família, porque no parto domiciliar lá está o marido, a mãe, a sogra, e a gente como parteira tem aquele carinho, aquele amor está do lado da gestante, está acariciando e consolando está dando aquela força, aquele apoio. E a partir do nascimento da criança a gente só tem é que ficar satisfeita, porque eu acho que é um passo que a gente deu a mais e teve aquela vitória de conseguir realizar o parto” (p.29).*

### **Medicina ocidental X Medicina popular**

A medicina ocidental é uma prática social que não é gerada dentro da cultura popular. Ela é resultado da sistematização, da codificação científica de um determinado tipo de saber, produzido nas universidades, compilado em livros, e tem possibilidade de alcance desigual pela sociedade.

Os profissionais (médicos, biólogos, enfermeiros) necessitam passar por cursos de especialização para adquirirem um conhecimento científico e técnico para o combate às doenças, por isso, são considerados como legítimos pela sociedade, uma vez que são credenciados para o exercício profissional por instituições de ensino e governamentais. O atendimento à saúde através da medicina científica se dá em espaços próprios de trabalho, em agências de cura (hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios).

A medicina legitimada atual tem como objetivo principal a cura ou a supressão dos sintomas, por isso, é vista como curativa, voltando-se mais para a doença ou eliminação dos sintomas e menos para a promoção da saúde e na prevenção. Como legítima, tem apoio do Estado por meio da formulação das políticas oficiais de saúde, um conjunto de leis e medidas que favorecem a manutenção e a reprodução dessa medicina.

Outra característica da medicina científica atual é sua prática muito especializada. Há especialistas para as diversas partes e órgãos que compõem o corpo (cabeça, olhos, pescoço, estômago, reprodução, etc). Por isso, ela perde a perspectiva do doente como um ser integral, com corpo, psiquismo e relações sociais<sup>13</sup>.

Os médicos agem, no geral, de forma autoritária, desapropriando seus clientes dos seus sintomas, sensações e doenças e tratando o doente como um objeto coisificado, sem potencialidade, religião ou classe social<sup>13</sup>. Mais do que isso, tratando os como “pacientes”, ou seja, seres passivos diante de suas próprias histórias, tal como seres abstratos. Tal condição é reforçada pela dificuldade de acesso ao saber especializado em nossa sociedade, que é hierarquizada, já que historicamente quanto mais a medicina se especializava, mais ela se afastava da cultura popular e mais se voltava contra ela.

A medicina científica atual pode ser analisada vulgarmente como resposta às necessidades do capital, pois exerce uma prática de recuperação, de reparação e manutenção das pessoas, enquanto seres produtivos e socialmente indispensáveis para o trabalho. Por isso, está preocupada em aliviar os sintomas do doente, o mais rápido possível, utilizando como instrumento os medicamentos e intervenções que fazem os doentes voltar à produção<sup>13</sup>. Não há praticamente preocupação e cuidado com as causas que geram as doenças e os males. Essa relação causal entre medicina e capitalismo, embora seja tão mecânica, contém aspectos simbólicos e de eficácia da ciência ocidental.

A medicina científica está também atrelada a empresas multinacionais que atuam na área da saúde, por meio da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e cirúrgicos. Essas farmacêuticas utilizam como princípio ativo para a sua produção elementos extraídos também das



próprias ervas medicinais, base da medicina de conhecimento popular que é fortemente desvalorizada e combatida na legislação penal brasileira:

O Código Penal<sup>4</sup> define como:

*“Curandeirismo - I prescrevendo, ministrando ou aplicando habitualmente qualquer substância; II usando gestos, palavras ou qualquer outro meio; III fazendo diagnóstico. Pena: detenção de seis meses a dois anos. Parágrafo único: se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito a multa” (art. 284).*

Assim, o direito e as relações sociais se dão numa correlação assimétrica entre a medicina científica e a popular. Numa sociedade medicalizada como a nossa, o trabalho popular de cura é apresentado, pela lei, como algo que deve ser banido, uma vez que desafia a medicina instituída. Perante a lei os profissionais populares de cura, são meros analfabetos, ignorantes, ilegítimos para tratar das doenças e por isso recebe críticas, como mostrou Oliveira<sup>13</sup>:

*“É legítimo a suposição de que exista uma única concepção de mundo (de soluções, de sentimentos, de sofrimento e necessidades), e esta seja ditada pela classe de onde saem os médicos?” (p.61).*

Porém, a medicina popular concretamente não desapareceu e, embora esteja marginalizada, resiste, como aponta Pereira<sup>19</sup>.

*“Os saberes subalternos se redimensionam, ora se opondo, ora se apropriando dos saberes hegemônicos produzidos pela medicina científica” (p.26).*

Pereira<sup>19</sup>, em seu doutorado sobre as práticas das parteiras na periferia de Manaus, notou uniformidade dessas práticas, independente da origem da população. Verificando que as variações são relativas apenas ao uso das matérias-primas

disponíveis no meio ambiente de cada localidade, o que, porém, não se aplica às ervas medicinais de cultivo doméstico, que são plantadas e estão onde há parteiras.

Este autor<sup>19</sup> também verificou que as mulheres preferiam ter filhos em casa e auxiliadas pelas parteiras, muito elogiadas, e que competem em vantagem com sistema oficial de saúde:

*“A especialização traduz uma divisão profundamente alienada do trabalho do médico ao atuar fragmentando o corpo doente em unidades autônomas, verdadeiras mônadas, vistas como se não guardassem interações entre si. O saber médico busca correlacionar os sinais e sintomas de doença com alterações anátomo-patologicamente detectáveis, isto é, em síntese, o que caracteriza a doença. Em nenhum momento da intervenção médica se refaz a unidade dos elementos do corpo entre si e/ou do corpo com o sujeito e nem deste com o meio social onde se inscreve. É um processo radical de negação da historicidade nas manifestações da corporalidade humana” (p.10).*

A ação da medicina popular, diferentemente da científica, interpreta a doença usando explicações totalizantes, onde essas doenças e os doentes não estão “descolados” do ambiente em que vivem e doença é algo que interfere nas relações vividas pelos sujeitos e por elas é interferida. Nesse sentido, o curanderismo caboclo (catimbó, pajelança, benzeduras, parteiras, ervateiros) é a “caixa de ferramentas” e os repertórios utilizados pelas parteiras do Norte para suas ações, no sentido, como aponta Pereira<sup>19</sup>, que:

*“As representações de doença entre as parteiras é parte essencial de uma visão de mundo, onde se inscrevem elementos mágico-religiosos, valorativos e orientados da ação junto à natureza e a sociedade” (p.15).*

E continuando, Pereira<sup>19</sup> conclui:

*“...a causalidade de doenças só pode ser adequadamente compreendida enquanto instância explicativa que se articula e se refere ao conjunto de representações que os grupos sociais elaboram para explicar a ordem biológica, social e do cosmo” (p.12).*

### **Considerações e alternativas**

Nesse sentido, entender as representações sociais dos sujeitos é o que possibilita analisar a passagem do mundo individual para o social. No caso da doença, essa passagem ocorre de forma integral, uma vez que é um evento particular, individual e vivenciado historicamente pelo social.

A prática dos profissionais de cura constitui-se numa expressão viva do embate entre erudito e popular, recriando o ato popular de curar que tem conteúdo heterogêneo.

Quem vem delimitando ideologicamente a medicina popular é o mundo erudito e científico, utilizando a religião erudita, a lei, a imprensa e a Medicina para decidir o que é “medicina popular”. Construindo essa definição em contraposição à medicina científica. Não são os profissionais da medicina popular que afirmam perante a sociedade o que são e o que fazem, eles apenas agem.

Infelizmente, a medicina popular ainda é vista pela maioria dos governantes e pelo Estado como algo expropriado de todos os valores legítimos. Assim sendo, atribuem que é imprópria ao conjunto da população, impondo à população uma visão de homogeneidade cultural.

Essa oposição entre medicina popular e medicina erudita/científica, na verdade, exprime confrontos políticos de culturas que ocorrem por meio de relações de poder, demonstrando quais grupos são legitimados e, portanto, “superiores”, daqueles combatidos e, portanto, “inferiores”.

Desde a década de 1970 se discute a importância da legitimidade das medicinas populares do ponto de vista da população, uma vez que se acham historicamente integradas à vida do povo. Isso fez surgir iniciativas de incorporação da medicina popular, numa medicina comunitária e com práticas alternativas de cura, em programas de assistência à saúde, mesmo aqueles ligados à medicina erudita e científica, como afirma Oliveira<sup>12</sup>:

*“Neste sentido se inscreve a recomendação da Organização Mundial de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata ex-soviética, datada de 1978, para que valorizem os seus curandeiros” (p.72).*

A “ciência” (*scientia*, em latim) popular está estruturada à base de um conhecimento popular, com leis e princípios próprios, muitas vezes transcendentais. Opõem-se à medicina erudita na compreensão do fenômeno, pela integração que faz entre doença, biografia e relações sociais. Diferentemente da ciência erudita que separa corpo e espírito e as causas das doenças da biografia da pessoa, de sua história e de seu psiquismo.

Reconsiderar a medicina popular é propor novas relações sociais, evidenciando a o respeito à diversidade cultural, seu conhecimento e contato com a natureza e, portanto, seus conhecimentos de cura. Isso implica numa revisão crítica dos valores da sociedade, incluindo a produção, o controle e a apropriação dos bens materiais e simbólicos e da relação entre seres humanos e natureza.

### **Referências:**

- Amapá. Decreto nº 2453 – Institui o Programa Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais dentro do Programa de Desenvolvimento Sustentável. Boa Vista; 14 ago. 1995.
- Arruda A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. Quando a paciente é mulher. In: Relatório do Encontro

- Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Brasília: Ministério da Saúde; 1989. p.40.
- Barroso IC. Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá – histórias e memórias. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de Campinas. Campinas; 2001.
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [versão com atualizações]. Brasília: Presidência da República. [acesso em: 26 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del-2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del-2848compilado.htm)
- Del Priori M. Ao Sul do corpo; condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
- International Council of Nurses. A discussion document. The nurses and midwifery relationship: towards a position. Genebra: ICN; 1996.
- Klein MC. Relationships of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obst Gynecol.* 1994; 171(3):591-598.
- Labra ME. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. In: Coleção saúde e realidade brasileira. Editora Vozes; 1989.
- Leal OF (org.). Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995. 470 p.
- Ministério da Saúde. Política de humanização do pré-natal e nascimento, parto, aborto e puerpério. Brasília; 2001.
- Moulin N, Jucá L (Orgs.). Parindo um novo mundo - Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá; 2002. 144p.
- Mott ML. Parto, parteiras e parturientes. Mne. Durocher e sua época. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo; 1998.
- Oliveira ER. “O que é medicina popular?”. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasiliense; 1985.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração e programa de ação de Viena. In Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena; 14-25 de Junho de 1993.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo. Mexico: UNPA; 1994.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra; 2014.
- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. Tese de Doutorado. São Paulo: Departamento de saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997. 129p.
- Owen M. Las parteiras tradicionales y su situación ante la ley. Ginebra: Foro Mundial de la Salud, OMS. 1981; 4:333-347.
- Pereira MLG. Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, PUC; 1992.
- Riberiro JA. Retas paralelas se cruzam? fragmentos e retalhos: um ensaio sobre a prática de parteira e sustentabilidade na Amazônia. [Monografia de Bacharelado]. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. São Paulo, 2000.
- Rodrigues NML. “Doença-da-terra” e “doença da farmácia” – Um estudo da relação entre Medicina Popular e a Medicina Oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1991.
- Rullan F. O desenvolvimento sustentável no Amapá. Macapá: Centro de Documentação do Terceiro mundo; 2000.
- Souza MLBMM. Parto, Parteiras e Parturientes. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
- Steck JM. Congresso combate violência obstétrica. [on line]. Agência Senado; 15 mar 2016.
- Tanaka AC, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: Galvão L; Díaz J. Saúde e Reprodução no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999. P.200-201.

# Educação pré-natal com utilização de Recursos Expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária

## Prenatal education utilizing Expressive Resources: concepts, strategies and transpositions for primary health care

Maria Augusta Silvestre de Melo<sup>I</sup>, Sílvia Helena Bastos de Paula<sup>II</sup>, Siomara Roberta de Siqueira<sup>III</sup>,  
Nilza Maria de Souza Corbani<sup>IV</sup>, Ana Cristina Cordeiro Santiago<sup>V</sup>

### Resumo

São tecidas considerações quanto à experiência pedagógica de utilização de recursos expressivos na Educação Pré-Natal no âmbito da atenção primária e em cursos de formação de profissionais de saúde como multiplicadores para facilitação de atividades de grupos. O enfoque pedagógico adotado tem por base a metodologia criativa expressiva de David Prado Diez, por meio de estudos realizados no Brasil. Os encontros realizados com utilização desse método foram no Instituto de Saúde de 2011 a 2013 e mesclavam situações de aprendizado individual e em grupo, e constituíram espaços que privilegiaram discussão, reflexão, descobertas, criações, intercâmbio de experiências, produção e socialização de conhecimentos, com vistas no aprendizado e favorecimento de mudanças nas práticas de trabalho na Educação Pré-Natal na Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Educação Pré-Natal; recursos expressivos; metodologia criativa expressiva.

### Abstract

Considerations are made regarding the use of expressive resources in Prenatal Education in the context of primary health care and in training courses for professional health multipliers for facilitation of antenatal education activities. The pedagogical approach of the course is based on David Prado Diez in expressive and creative methodology, adapted by means of studies in Brazil. The meetings held from 2011 to 2013 combine individual and group learning situations and are spaces that brings forth discussion, reflection, discoveries, creations, exchange of experiences, production and socialization of knowledge, with sights set on learning and favoring changes in practices Prenatal Education in primary care.

**Keywords:** Health education; Prenatal education; Expressive resources; Expressive creative methodology.<sup>IIIIVV</sup>

<sup>I</sup> Maria Augusta Silvestre de Melo (gutasmelo@gmail.com) é psicóloga pela Faculdades Integradas de Uberaba (FIUBE), com formação em Psicodrama pela Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP) e Arteterapia pela Proposta de Orientação Multidimensional Arte Realidade (POMAR) e Centro de Estudos Avançados de Psicologia (Ciclo CEAP), Mestre em Ciências da Comunicação e Educadora Perinatal pela Universidade Fernando Pessoa, em Portugal, Educadora Perinatal e Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

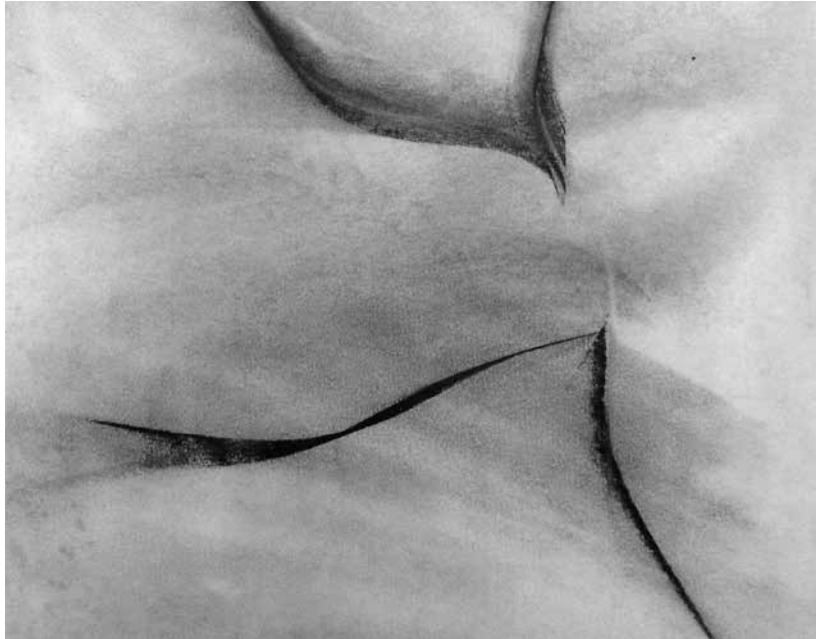
<sup>II</sup> Sílvia Helena Bastos de Paula (silviabastos58@gmail.com.br) é Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestre em Saúde Pública com concentração em Saúde Comunitária, Doutora em Ciências com concentração em Infectologia e Saúde Pública pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Especialista em ativação de processos de mudança na formação de profissionais de Saúde e Pesquisadora Científica do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde/SES São Paulo.

<sup>III</sup> Siomara Roberta de Siqueira (siqueirasiomara@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), enfermeira pela União das Instituições Educacionais do Estado de São Paulo (UNIESP), Mestre em Ciências da Saúde pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

<sup>IV</sup> Nilza Maria de Souza Corbani (nilzacorbani60@gmail.com) é enfermeira pela Universidade Estadual de Londrina, Mestre em Ciências da Saúde com eixo em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>V</sup> Ana Cristina Cordeiro Santiago (anacristina\_cordeiro30@yahoo.com.br) é enfermeira pela Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN), Especialista em Obstetrícia e em Estratégia Saúde da Família pela Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara (FAESB) e Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Sorocaba – São Paulo.





### Introdução

O propósito deste artigo é apresentar a utilização de recursos expressivos na Educação Pré-Natal e na formação de profissionais de saúde como facilitadores para aplicação desse enfoque pedagógico, com base na adaptação da metodologia criativa expressiva<sup>1</sup>. A ideia é formar profissionais para a Atenção Primária para aplicar este método em suas ações educativas nas intervenções que requeiram aumento de capacidade dos sujeitos, para o que se denomina de empoderamento, e assim decidirem sobre opções de cuidado em saúde, ligadas ao princípio da integralidade, da participação, do direito à saúde e autonomia, tipo de parto, ambiência e no planejamento reprodutivo, neste caso prioritariamente de grávidas e suas famílias.

As preocupações com a saúde feminina e a maternidade remontam há séculos, quando o parto era fenômeno na essência, feminino, que em geral envolvia mulheres experientes da

família ou da comunidade, parteiras e feitiçeras. No Brasil, as práticas tradicionais de partejamento, como o parto de cócoras ou numa rede de dormir - que contavam (e ainda contam) com auxílio de comadres, parteiras curiosas e o auxílio de familiares, que fazem rituais domésticos, como caldos, canjas de galinha, chás e defumadores relaxantes - foi substituído paulatinamente pelo parto médico<sup>2,3,4</sup>.

O surgimento da Atenção Pré-Natal como intervenção profissional no atendimento a grávidas no país ocorreu por iniciativa de Madame Durrocher (1809-1893), que foi a primeira parteira diplomada em 1834, a exercer, de forma pioneira, seu trabalho na cidade do Rio de Janeiro<sup>5</sup>. O primeiro serviço de Atenção Pré-Natal foi instalado em 1925 por Raul Briquet (1887-1953), na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos anos de 1950 a 1960 deu-se a fase da atenção no modelo materno-infantil e a chegada de inovações tecnológicas, entre as quais se

destacou o exame de ultrassonografia, incorporado ao acompanhamento pré-natal.

Na década de 1980, o Ministério da Saúde ao lançar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconheceu a mulher como sujeito de direitos e não apenas um corpo reprodutor, pois trazia em sua proposta básica as questões das relações de poder e o compartilhamento das relações individuais, estimulando a participação dos envolvidos.

A valorização das ações educativas no pré-natal se deu com mais ênfase em 2000 quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>6</sup> e, em 2004, quando se renovou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)<sup>7</sup>, que frisa os cuidados básicos de saúde, entre eles ações educativas no atendimento à mulher e incorpora a humanização, o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, para consolidar avanços no campo de direitos sexuais e reprodutivos, visando a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento reprodutivo, da atenção ao aborto inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual<sup>7</sup>.

Mesmo com a vigência de uma política que valoriza as ações de educação em saúde e educação pré-natal desde 2000, estudo recente<sup>8</sup> verificou a falta de voz de mulheres de todos os graus de escolaridade e de inserção social para decidir quanto à opção de parto, o que aponta vácuos merecedores de reflexão a respeito de como são preparadas as mulheres para o momento de tomada de decisão, de modo orientado e informado sobre o desfecho de sua gravidez e tipo de parto/nascimento.

As autoras entendem a educação como processo de preparar as pessoas para o mundo<sup>9</sup> e para viver em sociedade, ou seja, conduzi-las

para “fora” de si mesmas, ao se mostrar as diferenças que existem no mundo; são psicólogas e enfermeiras com experiências em grupos de Educação Pré-Natal, Saúde Sexual Reprodutiva, Amamentação e Formação Profissional, entre outros, que atuam sob diferentes enfoques teóricos, e oferecem informações técnicas, porém se inquietavam com o silêncio, a linguagem não verbal – olhares e expressões – apontando, talvez, para que o trabalho educativo no Pré-Natal ocorresse somente como formalidade de um programa de saúde que se propõe a oferecer informações sem que se complete o processo comunicativo em si. Observou-se também que os profissionais que trabalham na atenção primária são ‘treinados’ com a mesma proposta.

Com estas percepções e no intuito de analisar questões assinaladas no início deste texto, procurou-se referência teórica na literatura para conhecer um pouco sobre trabalhos educativos que foram desenvolvidos com relação à gravidez desde o século XX. Observou-se que desde então até os dias atuais, o foco do trabalho com grávidas foi se ampliando de um olhar puramente fisiológico para a consideração de questões emocionais, sociais e políticas, como é o caso de direitos sexuais e reprodutivos. De uma visão da colaboração da mulher no trabalho de parto para seu protagonismo; do entendimento da mulher como única personagem nas questões relativas à gravidez e parto estende-se para o vínculo mãe-bebê e família e da gravidez como situação de transformação do entorno social.

Enfoca-se neste artigo, a proposta de Curso de Educação Pré-Natal e de Formação de Multiplicadores para Utilização de Recursos Expressivos, que foram ministrados pelo programa CURSUS, proposto pelo Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os relatos dos cursos voltados ao Pré-Natal e desenvolvidos neste contexto, com

aplicação de recursos expressivos nos quais se prepararam profissionais para atuar de modo a favorecer iniciativas e o protagonismo da mulher e da família, empregando o método adaptado por Melo<sup>1</sup> para Educação Pré-Natal.

### **Bases teóricas da Educação Pré-Natal com utilização de Recursos Expressivos**

A base desse relato é a adaptação da Metodologia Criativa Expressiva, desenvolvida por Prado<sup>20</sup>, que propõe “a utilização de métodos criativos como modo alternativo e divergente, frente ao pensar reprodutivo, desenvolvendo fórmulas construtivas, cooperativas e significativas para ensinar e aprender de forma mais divertida, ágil e satisfatória”, para dar base à formação e que foi adaptada por Melo para Educação Pré-Natal como abordagem psicopedagógica com propósitos emancipadores<sup>1</sup> (p.85). Esse método tem como pressuposto básico o reconhecimento “do outro” como um indivíduo com percepções, sensações, história, saberes, emoções e possibilidades, capaz de lidar com sua realidade e suas escolhas. Um ser criativo, portanto, autônomo.

Prado<sup>20</sup> sugere que sejam combinados e aplicados o maior número de métodos<sup>VI</sup> e “linguagens criativas” para um mesmo tema, assunto ou problema<sup>VII</sup>. Estes pretendem, segundo o autor<sup>1</sup> (p.86): desbloquear os conteúdos da consciência; problematizar determinado tema ou situação; podendo

utilizar perguntas divergentes<sup>VIII</sup>; reviver o passado para refazê-lo, fazer analogias, propor desafios às vezes aparentemente utópicos, inventar, encontrando novos processos e instrumentos do conhecimento, novas utilidades e aplicações, novos sentidos e novas respostas, expressar-se com linguagens múltiplas, tais como palavras, pinturas, escultura, desenho, fotografia, multimídia, sons, ruídos, gestos e movimentos, dentre outros.

As estratégias<sup>IX</sup> são formuladas para que todos se sintam instigados a participar do processo de construção do conhecimento, sentindo seu saber valorizado, bem como suas experiências e vivências pessoais e, também, o seu modo de expressar, sugerir, avaliar, construir<sup>21</sup>. Enfim, de ser indivíduo. Estes são característicos da “aprendizagem construtiva significativa”<sup>15</sup>, que parte da realidade pessoal, social e cultural dos participantes e, pelos processos mentais, clarifica e amplia, encontrando lugar para o aprendido nesta sua realidade, pois:

*[...] se dá quando o sujeito manipula os objetos e fenômenos, os decompõe e recompõe ao mesmo tempo em que expressa livremente ideias e sensações, imagens e crenças, o sentido e sentimentos sobre os mesmos, para depois recompôr e estruturar os conteúdos*

<sup>VIII</sup> As perguntas divergentes são aquelas que fomentam o pensamento divergente, sem censuras conscientes. Para tanto, elas não podem recorrer a dados da memória, mesmo que seja necessário usar de conhecimentos que se têm a respeito do tema. Elas fazem com que o sujeito se sinta desafiado ou, ao menos, curioso. Surpreende o sujeito: não era para estar ali. Elas têm como fim desenvolver a fluência mental, por isso, devem desencadear uma grande variedade de pensamentos, ideias, sentimentos, imagens, mesmo que desconexas ou contraditórias. A meta de quem trabalha com estímulo divergente é criar uma situação que provoque originalidade de pensamento. Acessar mais o pensamento e a imaginação do que a memória.

As perguntas divergentes podem estimular (propiciar) desenhos, formas, hipóteses, efeitos, inovações, sensações, sentimentos, desejos, funções, conexões de fantasias, impressões, causas, transformações, opções, dependendo do que se pretende. Vale saber que as perguntas divergentes nunca começam por um verbo, nem por um pronome (quanto, quem) ou advérbio (quando, onde), pois estas perguntas levam a respostas fechadas. As perguntas divergentes começam com: para que (fim), por que (causa), como (processo), que (consequência ou essência) – sempre estimulando o pensamento divergente. <sup>IX</sup> Quando determinamos as finalidades de determinada técnica, flexibilizamos seus procedimentos, estabelecemos contextos, tomamos em conta elementos pessoais, de organização e espaço-tempo, avaliamos tanto os objetivos planejados como as mudanças previstas, porém não alcançadas, a transformamos em estratégia (p. 12)<sup>21</sup>.

<sup>VI</sup> “Os métodos são caminhos seguros, consistentes em uma sequência de atividades específica e concreta que se realizam passo a passo, programadas para obter, de modo seguro, resultados ou efeitos que sustentam e evidenciam os desejos e motivos, os ideais e objetivos de quem os realiza, e que tenham sido comprovados em distintos contextos, com distintos atores e em áreas diversas do saber com resultados parecidos”<sup>1</sup> (p.155). Eles necessitam ter como características: ser universais (podem ser aplicados em qualquer tempo ou lugar); lógicos e sistêmicos; adaptáveis (pois levam em conta quem, quando e onde são aplicados); eficazes, avaliáveis e comprovados.

<sup>VII</sup> Sozinhos, estes métodos não apresentam a mesma eficiência do que se forem utilizados em conjunto.

*semânticos de sua consciência, ao mesmo tempo em que os transforma e configura outros novos que permitam mudar a realidade em seu imaginário individual e grupal ou comunitário primeiro e, mediante sua intervenção social, cultural e ambiental sobre essa mesma realidade*<sup>1</sup> (p.87).

Assim, a *aprendizagem construtiva significativa*<sup>21</sup> fundamenta a metodologia criativa expressiva e tem, como fim, construir uma visão objetiva científica da realidade, desenvolver, por meio de processos do fazer não mecânicos, operações e atitudes mentais básicas de análise e síntese, de comparação e ilusão lógica, de busca e interrogação, de desenvolvimento de conceitos e construir estruturas mentais de funcionamento eficazes e estruturas cognitivas (de conteúdo) que vão crescendo e transformando-se com o tempo, seguindo um modelo processual de trabalho.

Este método pretende, em sua essência, que o participante desenvolva o pensar por si só, diante do que é culturalmente dado ou imposto, que construa e ordene o próprio pensar e querer sobre os conhecimentos dados, que possa fazer projetos e coisas úteis para si mesmo e para a sociedade, que desenvolva a capacidade de fomentar o trabalho livre e estruturador da inteligência lógica, e que se torne capaz de reconstruir o conhecimento e a cultura, a arte e a ciência<sup>20</sup>.

A utilização da Metodologia Criativa Expressiva pressupõe uma série de critérios básicos, que devem ser observados para sua aplicação, quais sejam: *originalidade*, que faz referência ao novo e único; *produtividade ou fluidez*, que se refere à quantidade de respostas dadas pelo sujeito; *flexibilidade*, que se refere à capacidade de movimentar-se, modificar-se, ser ágil de mente e corpo; *elaboração*, que diz respeito ao processamento e organização da

informação; *análise*, que é a capacidade para decompor mentalmente uma realidade em partes, centrando-se nessa capacidade para distinguir e diferir uns conceitos e/ou elementos de outros; *síntese*, que está relacionada à capacidade de elaborar esquemas, organizar a informação, extraíndo os atributos mais importantes; *sensibilidade para os problemas*, para que se possa prevenir os perigos e evitar os conflitos antes que nasçam; *abertura mental*, fazendo referência à atitude vital das pessoas para aceitar novas experiências, buscando a maior quantidade de opções possíveis para sua resolução; *comunicação*, que é a capacidade de transmitir e compartilhar sentimentos, sensações, ideias, mensagens e informações com outras pessoas, utilizando linguagens múltiplas, como a dança, a fala, os desenhos, modelagens etc.; *redefinição*, que é capacidade de encontrar usos, funções, aplicações e definições diferentes das habituais; e *inspiração*, a habilidade para perceber a realidade de modo novo e transformá-la parcial ou totalmente<sup>1</sup>.

No processo de adaptação desta metodologia para o desenvolvimento dos recursos criativos utilizados no curso de Educação Pré-Natal aqui apresentado, procurou-se referências no Psicodrama, abordagem desenvolvida por Jacob Levi Moreno<sup>23</sup>, que propõe as seguintes etapas para sua realização: *aquecimento*<sup>x</sup>, dividido em específico e inespecífico; desenvolvimento da atividade expressiva propriamente dita; compartilhamento, é o momento de troca sobre o que foi experiência e processamento, quando

<sup>x</sup> O aquecimento pretende preparar, aquecer, como o próprio nome sugere, para o trabalho que será desenvolvido. Quando inespecífico, pode ser verbal ou corporal (dispositivos físicos de arranque, como se denomina no Psicodrama) e o específico pretende o aquecimento para a atividade propriamente dita. Esta fase é de suma importância, de modo que os participantes se sintam à vontade e prontos para criar. Muitas vezes, parece uma brincadeira.



se fazem correlações com o foco<sup>XI</sup> do trabalho, neste caso, o acompanhamento a pessoas na gravidez e fechamento<sup>XII</sup>.

Os recursos expressivos, como o desenho, a música, a pintura, a modelagem, a escultura, a dança, a fotografia, o canto, além de dramatização e verbalização, muito utilizados em oficinas e processos de Arte-Educação foram aqui utilizados como egos auxiliares<sup>XIII</sup>, aqueles que têm como características serem “capazes de conduzir, guiar” (p.109)<sup>22</sup>, “convocar” a “buscar outra forma de fazer, de expressar para se apresentar (...) um jeito único de fazer, de dar forma. (...) um jeito de contar de si e de sua singularidade (...) descobrindo-se por meio da sua produção expressiva”<sup>1</sup> (p.64), o que favorece o desenvolvimento da autonomia, pois atendem a toda proposta da metodologia criativa expressiva. Na Teoria do Psicodrama de Moreno o conceito de ego auxiliar se refere aos papéis exercidos por sujeitos colaborativos, muitas vezes capacitados, ao processo da dramatização e não às técnicas propriamente ditas, mas Melo propõe a utilização dos recursos expressivos com este fim<sup>1</sup>.

É necessário oferecer um espaço seguro aos participantes, em que seja facilitada a livre expressão, para que possam compartilhar temores, angústias, transtornos, competências, possibilidades e descobertas. Um espaço potencial, onde possam ser ouvidos, vistos, correr riscos em segurança. Este espaço deve favorecer que os participantes encontrem modos inovadores para tratar o que está preestabelecido, ou seja,

as conservas culturais<sup>XIV</sup>, saindo de uma atitude receptiva/passiva para uma atitude ativa no pensar e agir. Saindo de atitudes unicamente individuais para ações cooperativas, encontrando mecanismos para romper com o que, aparentemente, está preestabelecido.

Nesta experiência, a avaliação pretende perceber o processo, mais do que a aquisição do conhecimento, mais compreender o que é apresentado e menos a memória distante do afeto: a repetição. Neste caso, a autoavaliação se torna um potente instrumento.

Para aplicação deste método são necessários alguns cuidados da parte dos facilitadores. É preciso que processos cognitivos partam do mais simples para o mais complexo, dos primeiros contatos com o corpo, por meio da respiração, até a possibilidade de um corpo em trabalho de parto – sensação e sentimento; de toques superficiais e parciais até trabalhos em que todo o corpo esteja envolvido; da questão fisiológica da gravidez e do parto até a complexidade de temas que envolvam o ciclo gravídico-puerperal, para que atinjam um característico importante do método, que é ser motivador, pois a complexidade deverá aumentar passo a passo, de acordo com as necessidades individuais ou do grupo, favorecendo a sensação de capacidade e a segurança de novos passos que podem ser dados, aumentando assim a autoconfiança.

Este característico está intimamente ligado ao desejo humano inato de descobrir, de conhecer um pouco mais, de ir além do já sabido, de formular e resolver problemas, o que aponta, “quando é permitido”, para uma atitude investigadora e crítica da realidade.

<sup>XI</sup> “Trabalhar com um foco é colocar em destaque uma parte da cena, sem perder a noção da totalidade, do campo maior; é iluminar uma área do palco, privilegiar um segmento para dissecá-lo em maior detalhe ou para reconhecê-lo como tema central de uma sinfonia; é prestar atenção ao solo que se ressalta sem perder de vista a orquestra”<sup>15</sup> (p.63). É onde estará concentrado o esforço do facilitador, neste caso, a experiência da maternidade e da paternidade.

<sup>XII</sup> Fazer uma síntese do que foi vivido e de como estão se sentindo os participantes do trabalho, neste momento e avaliar as atividades do dia.

<sup>XIII</sup> “Assumindo a característica de ser aquele capaz de conduzir, guiar, mediante o aquecimento preparatório, para suas ansiedades, deficiências e necessidades, com o objetivo de orientá-lo no sentido da melhor solução dos seus problemas”<sup>22</sup> (p.109).

<sup>XIV</sup> Objetos materiais, comportamentos, usos e costumes de determinada cultura que foram aprendidos, estão preestabelecidos e se mantêm idênticos em várias situações, mas que podem (e devem) ser utilizados como ponto de partida para a transformação.

### **Recursos Expressivos: uma proposta de formação de multiplicadores para a Educação Pré-natal**

Tomando por base teórica a Metodologia Criativa Expressiva, adaptada por Melo<sup>1</sup> para o acompanhamento de grávidas e casais em contexto de clínica particular e em instituições filantrópicas, e ainda, para formação de profissionais das áreas de Saúde e Educação, foi desenvolvida a presente proposta para formação de Multiplicadores para utilização de Recursos Expressivos na Educação Pré-Natal em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentada no Programa CURSUS do Instituto de Saúde.

- perfil dos facilitadores:

Nos cursos de Educação Pré-Natal e de Formação de Multiplicadores, ministrado no Programa CURSUS, entre 2011 e 2013, foi recomendada a observância de uma das características mais difíceis daqueles que aplicam atividades com este método: não fazer apenas a transmissão de conhecimentos, muito pelo contrário, deixar de ser o detentor do conhecimento, para sair de cena de modo que o outro faça, experimente, descubra seus talentos e suas verdades e trazer informações, quando necessário.

- perfil dos participantes:

Os participantes do curso foram selecionados pelo critério de vínculo com o Sistema Público de Saúde (SUS), com prioridade para os que realizam atividades de Pré-Natal. As categorias profissionais foram diversas: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, obstetrias, assistentes sociais, técnicos e gerentes de serviços e programas ligados à saúde da mulher.

A Metodologia Criativa Expressiva, quando utilizada na formação de profissionais que trabalham no Pré-Natal, reconhece estes profissionais como indivíduos, com suas histórias, problemas, possibilidades e singularidades. A humanização

no parto e nascimento começa no reconhecimento dos profissionais que ali atuam, pois se entende que, somente assim, podem ser capazes de estabelecer relação de significado com as pessoas com as quais trabalham, valorizando as dimensões subjetivas e coletivas, reconhecendo e transformando suas realidades, quando necessário.

Essa proposta reforça que também os profissionais, na condição de participantes de um curso, sejam ouvidos e “des-cobertos” em sua realidade profissional, pessoal e, principalmente, no entendimento de gravidez, parto e nascimento, pois é esperado deles que possam ter escuta qualificada, atenta e livre de preconceitos, pois precisam conhecer e ser capazes de pôr em prática as regras de ouro deste método: aceitar incondicionalmente as ideias e as imagens do outro com suas soluções, o que quer dizer que precisam criar um clima de liberdade e espontaneidade de expressão. É esperado que estejam aptos para aceitar as diferenças, correr riscos, dar tempo e ter tempo e serem capazes, principalmente, de elaborar o próprio modo da expressão de sentimentos, suas inibições e bloqueios para lidar com a ansiedade ante o desconhecido. Também dever ter noções de processos criativos, técnicas e estratégias que fomentem o pensamento divergente, seus caminhos, funcionamento, finalidades e utilidades. Devem ser hábeis para elaborar perguntas divergentes, estimulando a fluência e a flexibilidade de atitudes. Precisam se dar conta de que o outro tem autonomia para encontrar e decidir seus próprios caminhos.

São, nesta proposta, designados como facilitadores e não coordenadores/professores, e acreditamos que somente terão desenvolvidas estas habilidades tendo a oportunidade de vivenciar esta metodologia, afinal, também eles (nós), estão submetidos a um fazer com pouca ou nenhuma reflexão, análise crítica, des-conectados de si mesmos, de seus afetos e possibilidades de transformação da realidade.

### Estratégias pedagógicas e de intervenção

A construção desta proposta foi concebida estabelecendo-se relações entre criar e gestar, entre o cuidado com o profissional de saúde e aquele que chamamos usuários – as grávidas e/ou casal e o bebê. O estabelecimento do ‘contrato pedagógico para o trabalho’, as propostas das atividades, o conteúdo e as regras básicas, que acompanharam todo o percurso foram sustentadas na Metodologia Criativa Expressiva.

Assim, o respeito com o outro foi construído para que se pudesse utilizar esta metodologia, desenvolvida pela expressão com linguagem diversas, instigando a capacidade intelectual criativa e o espírito crítico, em um processo no qual fossem reconhecidos: história pessoal, valores, sentimentos, crenças e diversidade de cada um e também elaboradas ações que visassem a qualidade do atendimento, acolhendo as necessidades da população local. As estratégias foram delimitadas para atender alguns propósitos: pertencimento de grupo, observação da vivência pessoal, consideração e respeito por esta vivência e oferecimento de novos conteúdos (informações) com base em evidências científicas.

As estratégias adotadas na versão do CURSUS - Recursos Expressivos para o Pré-Natal foram desenvolvidas como uma costura: uma estratégia que aconteceu em determinado encontro teria como propósito aquecer os participantes para as atividades do encontro seguinte. Compartilham-se algumas delas:

#### - diário de bordo:

No primeiro dia, foi entregue um caderno, com a proposta de ser, também, um ‘espaço potencial’, lugar de registro do que foi vivido: sentimentos, ideias, dúvidas, lembranças, reflexões, propostas e tarefas. Ele seria de uso exclusivo dos participantes e nele foram desenvolvidas atividades e a escrita livre era a proposta principal.

#### - histórias e improvisações:

Chamamos improvisação, a apresentação de uma história, com princípio, meio e fim, com uma ou mais personagens, que acontece em determinado lugar, num período preestabelecido, sem nenhum ensaio. Essa estratégia permite que venha à tona a bagagem do indivíduo com quem trabalhamos, seja teórica ou empírica, com sensações, sentimentos e lembranças, a um tempo em que se estimula a construção de novos saberes. A improvisação pode ser apresentada verbalmente, escrita ou de forma dramática. Para isso, precisa-se de um espaço físico onde o trabalho venha a ser executado. Para seu desenvolvimento, é necessário conhecer uma ou mais personagens que fazem parte da trama: Quem é (são) esta (e) (s) personagem(ns)? Que faz(em)? Onde vive(m)? Como se sente(m)? Que deseja(m)? Responder a estas perguntas faz com que a história, a trama, seja construída, tecida, no decorrer do processo que tem sempre elementos surpresas que se apresentam – afinal, a história ‘vai sendo construída’, ela não está pronta nem acabada, a qualquer momento qualquer coisa pode acontecer e a trama precisará ser alterada. E, neste caso, é possível que o profissional de saúde responda à pergunta: “O que esta pessoa precisa quando busca o serviço de saúde?”.

#### - transposição:

Esta estratégia pretende que os participantes reflitam sobre as atividades desenvolvidas, identificando-as, fazendo analogias, refletindo sobre qual é seu propósito naquele momento, analisando o que foi desenvolvido e pensando outras possibilidades de utilização, de acordo com sua realidade, inovando em algo que era conhecido. Novamente chama-se a atenção para a experiência de cada um, sua vivência, o público com o qual trabalha, sua realidade, para que pudesse ir além. Esta proposta não pretende ser uma repetição nem uma reprodução mecânica do que está

posto, afinal se está trabalhando com um método criativo, mas sim, promover a investigação e a reflexão sobre a prática, gerando novos conhecimentos neste campo do saber e interiorizando-os no plano pessoal. Também não se pretende a memorização de conteúdos, pois podem ser acessados sempre que necessário, mas compreensão profunda sobre assistência e acolhimento no período de gravidez, parto e pós-parto. Para dar apoio e, a um só tempo, estimular estas reflexões, foi solicitado que em cada encontro respondessem às perguntas: atividade desenvolvida, para que foi desenvolvido (pergunta que amplia a forma de pensar, diferente de qual o seu propósito), material utilizado, onde, quando e com quem pode ser empregado.

Recursos como bordado, toque, tempestade de ideias, desenho, construção do fantoche, escrita livre, preparação de lanche, exposição, foram algumas das estratégias utilizadas na realização do CURSUS - Recursos Expressivos para o Pré-Natal, lembrando sempre que seu desenvolvimento foi construído também com base na metodologia psicodramática, na qual o aquecimento é indispensável, assim como em um trabalho de parto, desde o período latente, a fase ativa até que o nascimento aconteça.

É importante enfatizar que na Metodologia Criativa Expressiva as respostas não são oferecidas pelo facilitador – tarefa árdua a ser aprendida por aqueles que são treinados para terem, sempre, respostas prontas, sob relação verticalizada com os usuários. Lembra-se a ele, o facilitador, que cabe ser um provocador e acompanhante de processos e caminhadas.

### **Aplicações de Recursos Expressivos pelos participantes pós-curso**

Apresentam-se aqui duas experiências em que a ‘Metodologia Criativa Expressiva’ foi

desenvolvida por egressos em sua prática profissional. Uma delas refere-se à ambiência de formação universitária de profissionais de saúde realizada por uma enfermeira e docente que lecionava na disciplina de saúde da mulher, no curso de graduação de Enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. A outra se refere a um projeto voltado para grávidas e suas famílias, com condução de uma enfermeira e sua equipe de Atenção Básica vinculadas a uma unidade de saúde da cidade de Sorocaba:

*“Como docente-enfermeira do quinto semestre da disciplina saúde da mulher, no curso de graduação de Enfermagem de uma universidade privada, tive a oportunidade de aplicar a metodologia criativa expressiva que apreendi no Curso Recursos Expressivos na Educação Pré-Natal, pelo Instituto de Saúde, e, então, comparar o aplicado à metodologia anterior, quando, para trabalhar o tema, eu criava uma situação-problema tomando como base o Protocolo de Pré-Natal da Prefeitura de São Paulo, e contava com um grupo pequeno de participantes da sala de aula. Esse estudo de caso ilustraria a teoria, que seria colocada em lousa ou projetada. Embora fosse um avanço diante de uma aula tradicional, ainda não despertava a atenção do graduando, expresso na preferência por questionários – solicitavam que lhes dessem 30 questões para dentre essas o professor selecionar dez “para a prova”; ou seja, o processo de decorar - ou por textos escritos em lousa (porque, neste caso, teriam no caderno um conteúdo relativamente pequeno para ler a prova), ou também por cópias impressas resumidas da aula e, categoricamente, não iriam aos livros para reforçar o conteúdo ministrado, exceto uns poucos estudantes que*



contando não “encheriam uma mão”. O índice de reprovação, portanto, era desalentador.

No entanto, pela participação no Curso Recursos Expressivos na Educação Pré-Natal, com experiências inovadoras, surgiu a possibilidade de aplicar estratégias diferentes para os semestres seguintes. Dois momentos vividos no Curso Recursos Expressivos na Educação Pré-Natal marcaram a visão do docente a fim de levá-lo a pensar diferente e refazer a estratégia de aula. Na primeira, trabalhou-se com argila quando cada participante “concebeu” uma gravidez e contou sua história. Nas narrações percebeu-se em cada “concepção” um modo diverso de ver a grávida e seu pré-natal, com situações e necessidades distintas e únicas. Noutro momento, teceu-se um bordado: a partir do centro do retalho, para onde desejassem. Cada bordado tomou um rumo, uma forma, levando à reflexão de que no pré-natal há um ponto de partida, porém as direções e rumos podem ser diversos, no ritmo próprio de cada grávida. A atenção do profissional é para apoiar esses rumos e escolhas como auxiliar desse processo. Ou seja, intervém-se se necessário. Assim, essas dinâmicas trouxeram possibilidades inovadoras, enriquecendo e permitindo vislumbrar transformações das relações entre profissionais de Enfermagem e as grávidas nas ações educativas e de humanização.

Embora nas aulas da Saúde da Mulher se contasse unicamente com os recursos de uma aula expositiva tradicional (lousa, cadeiras enfileiradas, retroprojeter e protocolos), mais o impresso do protocolo de pré-natal da Secretaria de Saúde, a metodologia não era mais a mesma. Em cada tema, para o cumprimento do Plano de Ensino, o docente e estudantes iam formando uma teia de saberes,

trazendo teoria e mesclando-as com experiências, quer do cotidiano empírico – de familiares, do local de trabalho ou do “ouvi dizer que” (dúvidas) - quer da experiência do docente, construindo aí histórias de pré-natal e depois preenchidas no formulário/Protocolo. Como surgiram de um coletivo, num mesmo houve diferentes histórias de gravidez com diferentes desfechos, e, portanto, com diferentes cuidados: sem riscos, com risco, com riscos acentuados, gravidezes de adolescentes resultantes de violência, gravidez não desejada. Ou seja, perceberam que o protocolo era somente um guia, pois as gestantes eram singulares, cada uma com uma ou mais necessidades, e com suas diferenças. Perceberam que poderiam começar a preencher o formulário numa dada ótica, mas à medida da interação entre eles - profissional de saúde - gestante/família esse quadro poderia evidenciar fatos que implicariam novo olhar e, dependendo de quais fossem, seria o cuidado. Desse modo, seguir tão somente ou rigidamente o protocolo, tornar-se-ia inexecutável, uma vez que foram levantadas várias situações num único formulário protocolar. Logo foram descobertas situações singulares para o uso do Protocolo e suas limitações, exigindo um olhar mais atento e sensível, para “além do protocolar” (Nilza Corbani, 2014) .

“A aplicação se deu em grupo denominado Gerações, criado para contribuir na redução da mortalidade materna. A ambiência foi em uma UBS convencional e os profissionais envolvidos são denominados profissionais de “linha de frente” da unidade. Participavam da organização dos encontros uma enfermeira e uma psicóloga que colaboravam no grupo de pré-natal e no atendimento individual das mulheres que precisavam. Os encontros

eram planejados a cada semestre e aconteciam semanalmente a cada segunda-feira à tarde. Havia preparação de lanche e se buscava oferecer brindes como estímulo para participantes. Em um destes encontros, uma auxiliar de enfermagem da unidade, ensinou as mulheres a fazer tricô de dedo, sem uso de agulhas, para fazer um presentinho da mãe para o bebê que chegaria ou que já estava ali e se teve surpresas com as criações das mulheres. Conforme teciam o presente, se conversava sobre a história daquela gravidez, as diferenças entre essa e outras, suas expectativas com a chegada do novo bebê e surgiu uma história triste, de uma grávida de início, que frequentava o grupo pela primeira vez e compartilhou ser dependente química. As próprias mulheres a acolheram e começaram a dividir suas impressões e incentivar a nova integrante para que “deixasse” ou “moderasse” o uso da droga e aproveitasse o momento mágico que é gerar e esperar um filho. Apesar de se ter um programa previamente discutido, os assuntos eram tratados, conforme surgiam. Alguém trouxe uma questão sobre a hora de amamentar, então este assunto virava o tema da reunião. Outro alguém falou dos ciúmes do irmãozinho mais velho ou até mesmo do marido, então este se tornava nosso assunto principal. Elas disseram que (o grupo) era um momento em que se sentem importantes e mais ativas na sua própria história de gravidez. Quando ganhavam bebê, era automático o desejo de apresentar o novo membro ao grupo e continuavam participando dos encontros (...). Com esta experiência, observei que este tipo de contato com as mulheres e grávidas é muito mais produtivo do que o antigo modelo de palestra, quando fala quem teoricamente sabe mais, e que nem sempre tem a mesma

vivência das participantes. A troca intercedida pela utilização de recursos expressivos, torna as participantes ativas ao invés de apenas ouvintes passivas e gera mais interação, aprendizado e vínculo entre todas” (Ana Cristina Cordeiro, 2014).

### Discussão

A proposta no início do curso trouxe alguma confusão, uma vez que os recursos expressivos já são, muitas vezes, utilizados na realidade dos participantes, mas com o intuito de “ensinar a fazer”, em oficinas, que propõem a aquisição de habilidades no saber-fazer prático, ou como recursos “para passar o tempo”. Em outros momentos, parecia “simplesmente uma brincadeira” (fala dos participantes). Mas, aos poucos, pôde-se ter a experiência da utilização dos recursos de pintura, desenho, bordado, dança, colagens, entre outros, como possibilidades de recuperação da liberdade de expressão e consequente autonomia, que é a sustentação deste trabalho.

Sair de uma atitude passiva / receptiva trouxe algum desconforto no início, mas pôde-se perceber o crescente envolvimento no decorrer dos cursos, que observaram os critérios básicos da Metodologia Criativa Expressiva. Os participantes ficavam, cada dia, mais envolvidos, mais desejosos compartilhar suas experiências e cada dia mais disponíveis para ouvir a experiência do outro e não mais (ou somente) com uma postura de espera do conhecimento – eles se tornaram os produtores de conhecimento.

Importante resaltar que este trabalho foi desenvolvido como um processo e construído com a participação de todos e, desta forma, a avaliação foi contínua, fomentando o espírito reflexivo e a confiança para novos passos, que eram com frequência, compartilhados.

O trabalho expressivo em grupo favoreceu a construção de uma rede de apoio importante naquele momento que suportava as mudanças favorecidas ali e que eram aplicadas em suas realidades.

Para Rios<sup>24</sup>, as experiências de Educação Pré-Natal, que ativam aspectos da cultura subjetiva e criatividade, podem contribuir para maior autoconsciência e não somente para conhecer as necessidades de aprendizado das grávidas no período do pré-natal e para apoiar a grávida na determinação de seu autocuidado. Reconhecendo o pré-natal como um espaço propício para que a mulher se prepare para viver o parto de modo positivo, integrador, enriquecedor, entende-se que o processo educativo no pré-natal (Educação em Saúde) é indispensável não somente para a aquisição de conhecimentos a respeito do processo de gestar e parir, mas também para que se torne forte como pessoa autônoma.

Há incerteza quanto aos elementos críticos do Cuidado e da Educação Pré-Natal, mas se admite que o cuidado inadequado está associado ao aumento de complicações e desfechos desfavoráveis da gravidez<sup>25</sup>, também para a transição para o trabalho de parto e nascimento positivo que inclui, autoestima materna, competência e autonomia como fatores importantes para uma experiência positiva de gravidez<sup>26,27</sup>. No SUS existem protocolos baseados nos princípios da integralidade, autonomia e humanização, que resumidamente podem compor a Educação Pré-Natal como: ações de promoção de saúde, de proteção específica, informações sobre preparação física para o parto, alusão ao que diz respeito aos efeitos de várias posições e ambiências de parto, para que a mulher possa participar ativamente do seu parto, percebendo o bem-estar que essas situações propiciem e assim recomenda-se a frequência em consultas e exames pré-natais e o contato com o serviço de maternidade.

As evidências científicas sobre Educação Pré-Natal apontam que os cursos pré-natais têm como objetivo promover o sentimento de segurança da mulher, à medida que o parto se aproxima, e que estes trabalhos podem ser um veículo para modificação de atitude dos usuários, tanto promovendo maior autoconfiança na mulher e indagações quanto a rotinas e recomendações profissionais, quanto levando a maior 'aceitação e adesão' aos tratamentos médicos prescritos, ou ainda, uma indução ao que está preestabelecido, mas que isto vai depender não apenas das características daqueles que frequentam os cursos pré-natais, mas também da competência, habilidades e valores dos profissionais, assim como dos objetivos subjacentes do programa.

### **Considerações finais**

As experiências relatadas acima apontam que é possível, principalmente, sair de uma postura onde, supõe-se, capacitar o outro – profissional, futuro profissional, gestante, puérpera, etc – para uma postura onde é possível ouvir, se interessar pelo outro, favorecendo a livre expressão e a reflexão acerca da própria realidade quando são utilizados os critérios básicos da Metodologia Criativa Expressiva. Os profissionais contam de como utilizaram os recursos expressivos que dispunham para, principalmente, oferecer um espaço de escuta e compartilhamento, favorecendo atitudes de mostram a iniciativa, a reflexão, a possibilidade de mudança como competência de cada um de nós.

As aplicações de recursos expressivos destacadas neste trabalho apontam para o processo de promoção da capacidade para decidir, ou seja, empoderar-se, o que implica na conquista de maior autonomia e liberdade, avanço e superação do estado de subordinação, de dependência, seja física, econômica e psicológica. Significa tornar-se sujeito ativo do processo.<sup>26</sup>

Sempre existirá um novo jeito de fazer, um outro jeito de dizer, de olhar, novas formas e alternativas e, com certeza, modos melhores, inexplorados e inexplorados de criar, ensinar e aprender. Isto é trabalhar com criatividade. E, reforçando, afirma-se que a proposta de humanização no parto e nascimento começa no reconhecimento dos profissionais que aí atuam.

### Referências

- Melo MAS. A metodologia criativa Expressiva na Intervenção Psico-Gestacional: experiências de formação e desenvolvimento. [Dissertação de Mestrado] Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima, Portugal; 2008. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: <http://educreate.iacat.com/tesis.html>
- Paciornik M. Parto de cócoras São Paulo: Ed. Brasiliense; 1977.
- Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. Horizontes Antropológicos. 2002; 8(17):101-125. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19078.pdf>.
- Vellay P. Parto sem dor. São Paulo: Ibrasa; 1961.
- Mott MLB. Madame Durocher, modista e parteira. Estudos Feministas. 1994 2(3):101-116. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/43904488>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2000. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).
- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JÁ, d'Órsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(S101-S116). [acesso 22 dez 2017]. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>.
- Feire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez. 14ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- Sabatino H, Cordeiro S. Historia de la métodos de preparación física y psíquica para el parto. In: Prieto JC. (coord.). Obstetricia general. Madrid: Editora Universitaria Ramón Areces; 1995. p.16-32.
- Odent M. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Margem; 2000.
- Odent M. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain; 2002.
- Kitzinger S. A experiência do parto. Lisboa: Instituto Piaget; 1984.
- Maldonado MT. Maternidade e paternidade. vol I. Petrópolis, RJ: Vozes; 1990.
- Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: uma boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
- Pamplona VL. Mulher, parto e psicodrama. São Paulo: Ágora; 1990.
- Balaskas J. Parto ativo – guia prático para o parto natural. Tradução Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ed. Ground; 1996.
- Aiello-Vaisberg TMJ, Silva LS, Granato TMM, Felice EM. Tecendo a gravidez ponto a ponto: a arteterapia para gestantes na clínica winnicottiana. In 3ème Congrès Européen de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent. Lisboa: l'AEPEA; 2001. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: <http://www.serefazer.com.br/site/public/Ttecendo2001.htm>.
- Prado DD. Torbellino de ideas: por uma educacción participativa y creativa. Santiago de Compostela, Espanha: Creación Integral, S.L; 2001.
- Moreira MA, Masini EAFS. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes; 1982.112p.
- Torre S. Estratégias creativas para la educación emocional. Ver. Españ. Pedag. 2000; 58(217): 543-572.
- Rios IC. Humanização na área da saúde. In: Boletim do Instituto de Saúde. 2003; 12:20.
- Zolotor AJ, Carlough MC. Update on prenatal care. Amer. Fam. Phys. 2014; 89(3):199-208.
- Roso A, Romanini M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. Psicologia e Saber Social. 2014; 3(1):83-95.
- World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva; 2016. [acesso em 22 dez 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/).



# Técnica de “Depuração” em estudos de caso: visando facilitar a discussão da assistência à saúde de adolescentes

“Debugging Cases” strategy in a case study: aiming to facilitate discussion of adolescent health care

Adriana Maria do Nascimento<sup>I</sup>, Isabella Fontes Monteiro<sup>II</sup>,  
Rebeca Rodrigues de Lima<sup>III</sup>, Samanta Ribeiro Oliveira da Silva<sup>IV</sup>, Regina Figueiredo<sup>V</sup>,  
Fernanda Luz Gonzaga da Silva<sup>VI</sup>, Danilo Milev<sup>VII</sup>, Vanessa Matias da Rocha<sup>VIII</sup>

## Resumo

Este artigo apresenta o emprego da técnica “Depuração de Casos” para discussão de Estudo de Caso, utilizada para formação de profissionais de saúde da Atenção Básica na promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Por meio de descrição da técnica, descrição de discussões e entrevistas realizadas após sua utilização, obteve-se a opinião dos profissionais em relação à técnica. São discutidas e analisadas suas contribuições para a formação de profissionais de saúde e para a promoção e assistência à saúde de adolescentes em questões de direitos e saúde sexual e reprodutiva.

**Palavras-chave:** Metodologia de educação; Estudo de caso; Direitos sexuais e reprodutivos; Saúde sexual e reprodutiva; Assistência à saúde.

## Abstract

This article presents the applicability of the strategy “Debugging Cases” to discuss a Case Study, used for training health professionals of Primary Care in the promotion of sexual and reproductive health of adolescents. Through the description of the strategy, description of discussions and interviews conducted after applicability, an opinion was obtained from the professionals regarding the strategy. Their contributions to the training of health professionals and to the promotion and health care of adolescents in issues of sexual and reproductive health and rights are discussed and analyzed.

**Keywords:** Methodology of education; Case study; Sexual and reproductive rights; Sexual and reproductive health; Health care.

<sup>I</sup> Adriana Maria do Nascimento (drika.rasika@gmail.com) é bacharel em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pós graduanda em Pesquisa Clínica com foco em Epidemiologia pela Universidade de São Paulo (USP).

<sup>II</sup> Isabella Fontes Monteiro (isabella.monteiro@usp.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Mudança Social e Participação Política pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

<sup>III</sup> Rebeca Rodrigues de Lima (rebecalegal@uol.com.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup> Samanta Ribeiro Oliveira da Silva (sami.ribeiro@yahoo.com.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Mudança Social e Participação Política

pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

<sup>V</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VI</sup> Fernanda Luz Gonzaga da Silva (fe.gonzaga@hotmail.com) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e atua como assistente de pesquisa nessa instituição.

<sup>VII</sup> Danilo Milev (danilomilev@hotmail.com) é bacharel e licenciado em Ciências Sociais pelo Centro Universitário Fundação Santo André, com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VIII</sup> Vanessa Matias da Rocha (vanessa\_rocha24@yahoo.com.br) é bacharel e licenciada em Educação Física pela Universidade São Judas Tadeu, com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

Na área da Saúde, é comum a confusão de papéis dos profissionais em lidar com determinados assuntos como, por exemplo, violência, drogas, ou sexualidade. Uma vez que esses temas são polêmicos e muitas vezes considerados tabus, os profissionais costumam misturar percepções e valores pessoais junto à atuação profissional. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo<sup>15</sup> já apontou que tanto a Ginecologia como a Obstetrícia apresentam casos em que esses conflitos de ordem profissional e bioética se permeiam à prática, talvez como em nenhuma outra especialidade médica. Frequentemente, profissionais dessas áreas são confrontados por situações com as quais não sabem lidar com “neutralidade”, ultrapassando, inclusive, limites éticos em atitudes que expressam preconceito e julgamento moral, como constatado em várias situações, como casos de abortamento<sup>29</sup>, de fornecimento da contracepção de emergência<sup>26</sup>, na

realização de histerectomias<sup>34</sup>, assim como no atendimento a adolescentes<sup>23</sup>.

Neste último item, se destaca a questão da atenção à prevenção da gravidez e do fornecimento de contraceptivos na adolescência, que tem sido pauta de muitos debates em relação aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Não são poucos os trabalhos que se pautam nos direitos dos adolescentes após 1990, quando foi implementado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>5</sup>. Não apenas discute-se se tais direitos vêm sendo entendidos e praticados<sup>31,32,35</sup>, mas também as dificuldades e contradições, inclusive legais, de seu entendimento pleno<sup>19,22</sup>. O fato é que corriqueiramente, direitos já estabelecidos e referendados pelo próprio Ministério da Saúde<sup>8,9</sup> são, muitas vezes, transgredidos e negados pelos serviços e profissionais de saúde pública<sup>23</sup>.

Além disso, verifica-se que há uma tendência do senso comum na abordagem dos direitos

sexuais e reprodutivos de adolescentes pelo viés familiar, ou seja, os adolescentes costumam ser encarados sob a ótica da tutela de pais ou responsáveis e não como sujeitos plenos de direitos, ficando a mercê sempre do aval de suas ações e também a submissão de seu atendimento em saúde da responsabilidade dos outros. Essa noção esbarra na responsabilidade familiar, mas também no direito adquirido, após inúmeras discussões de saúde, à garantia do sigilo de informações sobre relatos de pensamento e de conduta preconizado por uma série de conselhos profissionais ligados à saúde.

Os conselhos de profissionais das áreas de Enfermagem<sup>14</sup> e Medicina<sup>15</sup>, Psicologia<sup>16</sup> e Serviço Social<sup>17</sup> explicitam, em seus códigos de ética, a importância do sigilo das informações pessoais do paciente como necessário à adesão e à continuidade da atenção em saúde. Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)<sup>33</sup>, fazem essa recomendação, explicitando as questões de natureza da sexualidade dos adolescentes.

É importante frisar que o direito ao sigilo e à autonomia de adolescentes, defendido, não vislumbrou evitar a abordagem grupal dos problemas, mas garantir o direito do adolescente enquanto indivíduo de opinião e ativo, não reconhecido em leis anteriores que o colocavam a mercê de decisões familiares. Garantir a autonomia, nesse caso, preconiza, não apenas enxergar suas demandas e necessidades, mas também priorizá-las, de forma a garantir que o vínculo entre assistência e serviços com esse sujeito garanta seu espaço e inclusão no sistema, o que não ocorreria caso a família fosse convocada.

Assim, a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a sexualidade de adolescentes está relacionada predominantemente com a formação dos mesmos; primeiro porque esses

não costumam ter as legislações de direitos sexuais e reprodutivos em suas formações; segundo, porque, de acordo com Andrade e Vieira<sup>1</sup>, o modelo biomédico hegemônico tão predominante nessas escolas de formação profissional quanto nas instituições de assistência em saúde, tende a valorizar o tecnicismo durante a prática, desconsiderando, na maioria das vezes, o histórico social, individual e psicológico do usuário, limitando os profissionais na capacidade de lidar com os valores individuais, culturais e aspectos psicológicos. Além disso, estes aspectos também não são discutidos na própria formação dos alunos e futuros profissionais de saúde.

Essa tendência se intensifica quando as abordagens humanizadas e contextuais não são consideradas. Com exceção de áreas como a Psicologia Social e a Antropologia, que lidam com demandas e imaginários das pessoas percebendo onde/como/porque elas têm tal e qual conduta, as práticas profissionais tendem a se voltar ao indivíduo e suas funções biológicas, ou seja, à prática clínica, assim como o direito à saúde vai sendo norteado cada vez mais ao ser biológico. Dimenstein<sup>21</sup> aponta isso na seleção e hierarquização dos pacientes, na baixa eficácia das terapêuticas, no alto índice de abandono dos tratamentos e nos conflitos das orientações dos profissionais da saúde com as representações de pessoa usuária das instituições de saúde, inclusive quanto à visão sobre saúde e doença, e corpo. Como consequência. Tem-se a “coisificação” dos pacientes e a não percepção desses como sujeitos de direitos.

Por isso, no que se refere à sexualidade, há embates quando são apresentados aspectos que o tecnicismo não responde e se constituem na ordem dos direitos, principalmente individuais, uma vez que, com relação a adolescente, há interesses, muitas vezes conflitantes entre ele e seus familiares<sup>22</sup>. Esses interesses familiares estão, normalmente, calcados na moral social, em hábitos,

preconceitos e estereótipos comuns, fortemente guiados pela cultura de origem patriarcal, como se constata na visão sobre a homossexualidade ou sobre a prática sexual das meninas<sup>22,28</sup> – que são fortemente reprimidas socialmente devido à adoção de modelos estereotipados e de gênero feminino e masculino<sup>28</sup>.

Da mesma forma, profissionais sem preparo e discussão sobre direitos e cultura, se apresentam com essas mesmas construções culturais do senso comum e as utilizam para avaliar e “palpar” sobre os comportamentos sexuais das pessoas que atendem, trazendo interferências de ordem pessoal e moral para a sua atuação de trabalho e perdendo por várias vezes a perspectiva do cuidado da saúde em si e do direito em saúde do outro – o usuário adolescente. A desconstrução e quebra de paradigmas dentro de uma sociedade onde as mulheres e também meninas adolescentes ocupam um lugar de coadjuvantes em suas relações familiares e sociais, principalmente em ambientes de maior pobreza e desigualdade e, portanto, de dependência econômica, refletem diretamente no julgamento desses sujeitos e na vulnerabilidade a que estarão expostos<sup>13</sup>.

Buscando contribuir para a facilitação da compreensão do direito a atenção em saúde de situações que remetem ao âmbito coletivo ou familiar, este artigo apresenta uma técnica de discussão de caso utilizada para questões de saúde sexual de adolescentes, buscando integrar o direito desses como sujeito de direitos individuais.

### Metodologia

No período de 2014 a 2016, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, desenvolveu um trabalho de

levantamento de demandas prioritárias em saúde e elaboração de estratégias na tentativa de contribuir com a situação local no tocante à redução da mortalidade materna.

O diagnóstico de saúde elaborado no trabalho supracitado apresentou as taxas de mortalidade materna na Região de Saúde de Franco da Rocha que engloba os municípios de Cajamar, Caieiras, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã. No ano de 2010, a taxa foi de 71,06 por 100.000 nascidos vivos e, em 2013, 46,37 por 100.000 nascidos vivos. Restringindo o olhar para o município de Franco da Rocha, notou-se que esta razão de mortalidade era de 92,38 em 2010, 143,54 em 2011 e nenhuma morte computada em 2013, sendo que os dados referentes ao ano de 2012 não estavam disponíveis na ocasião<sup>25</sup>.

Sabe-se que as taxas observadas nesse município ultrapassam os limites estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que deveriam ser de no máximo 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos<sup>36</sup>. Além disso, identificou-se, também, que as causas de óbitos maternos no município estavam relacionadas diretamente às altas taxas de mortalidade obstétrica direta, ou seja, causas evitáveis. Evidenciou-se, ainda, que essas taxas seriam indicadores de pré-natal de baixa qualidade, baixa qualidade da atenção ao parto, investimento insuficiente em planejamento reprodutivo e falta de acesso das gestantes aos serviços de saúde<sup>25</sup>.

A definição dessa demanda prioritária resultou na elaboração de uma síntese de evidências na qual foram analisadas revisões sistemáticas que avaliaram intervenções capazes de reduzir a mortalidade materna. Levando em consideração a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil do município e as opções viáveis para resolução do problema, a qualificação das ações de planejamento reprodutivo foi a proposta de ação escolhida pelos gestores do município



para sofrer intervenção, uma vez que essa ação é uma forte aliada na redução da mortalidade materna, conforme apontaram Nyamtema e colegas<sup>31</sup>, em uma revisão sistemática. Também Goldie e colegas<sup>24</sup> constataram que o planejamento reprodutivo é a intervenção mais eficaz, pois tem potencial de redução da mortalidade materna de 7% a 28,1% nas áreas rurais e de 5,8% a 23,5% nas áreas urbanas. Igualmente Delfino e colegas<sup>20</sup> concluíram que o planejamento reprodutivo somado a outras estratégias de ação pode proporcionar uma redução na mortalidade materna de uma região, com impactos de até 75%.

Diante disto, entre as estratégias elaboradas em resposta às demandas identificadas no município, foi realizada a proposta de capacitação de servidores da saúde em Planejamento Reprodutivo para Adolescentes, uma vez que a incidência de casos de gravidez na adolescência no município é alta e considerada corresponsável pela alta mortalidade materna local. Uma oficina pré-agendada, com a participação de servidores de diferentes Unidades Básicas de Saúde do Município de Franco da Rocha (SP), foi montada para a aplicação e discussão de um estudo de caso. Segundo Yin<sup>37</sup>:

*“[...] um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo (o ‘caso’) em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes” (p.2).*

Considerou-se que a técnica proporcionaria oportunidade para gerar reflexões a respeito da assistência e do cuidado contraceptivo aos adolescentes, embasando uma discussão frente às dificuldades e posicionamentos dos profissionais quanto aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, questões de gênero, preconceito, direito à autonomia e ao sigilo, além da reflexão sobre as barreiras que as jovens enfrentam na busca de serviços de saúde, favorecendo a ilustração

de fluxos necessários de serem realizados para a atenção em saúde reprodutiva de adolescentes.

O caso foi elaborado pela equipe do Instituto de Saúde e procurou refletir a realidade do município e do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a provocar identificação dos participantes com a situação comum, ou seja, a situação de risco de gravidez na adolescência, num contexto familiar conturbado e com outras demandas de saúde, em que adolescentes têm prática sexual com parceiros da localidade.

#### Caso de Talita:

*“Talita, 13 anos, estudante, compareceu pela primeira vez a uma Unidade Básica de Saúde, acompanhada da prima de 15 anos, referindo atraso menstrual. Na recepção, foi informada da necessidade de estar acompanhada por um responsável e não pôde realizar o teste de gravidez. Talita retornou após uma semana, acompanhada de uma amiga da prima, de 18 anos. Durante a coleta do Pregnosticon (teste de gravidez), a adolescente relatou que é filha de Silvana, 30 anos, auxiliar de limpeza, estava na fila da laqueadura, mas acabou engravidando do quarto filho. Está casada com Josias, desempregado há dois anos e apresenta quadro de alcoolismo, não aceita realizar vasectomia, não possui responsabilidades dentro de casa e recentemente começou a ter comportamentos abusivos. Há 4 meses fica com Cléber, 25 anos, motoboy, pai de dois filhos e frequentador dos fluxos (‘rolezinhos’). Após o resultado negativo, aproveitou o momento e referiu sentir ‘bolinhas’ na região da vagina além de ter sentido dor nas últimas relações sexuais”.*

O grupo de profissionais, dividido em subgrupos de 3 a 4 pessoas, deveria discutir e responder: “Qual deveria ser a postura do serviço frente ao caso?”. Desta forma, esperava-se que

construíssem uma estratégia de ação para solução da(s) situação(ões) envolvida(s) no caso.

Como a expectativa era de que muitos aspectos de ordem moral, dúvidas, envolvimento de familiares e esquecimento de alguns detalhes da situação apresentada no caso fossem feitos, a finalização do trabalho de estudo de caso utilizou a técnica de “depuração de casos”, que especifica em um quadro síntese, todos os personagens envolvidos na situação, seus problemas e necessidades quanto à saúde e o papel de resolução que a UBS e seus fluxos têm, uma vez que o modelo assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado na integralidade individual. Assim, a “depuração de casos” foi inventada enquanto técnica pelo grupo do Instituto de Saúde para facilitar a visualização da dimensão de inserção do cuidado individual no conjunto de assistência à saúde que lida com comunidades e questões familiares, buscando facilitar intervenções e integração dos sujeitos na promoção da saúde:

**Quadro 1** – Tabela modelo para construção da “depuração de caso”

Personagem	Problema/ Questão de Saúde	Como a UBS deve atuar?	Bases Normativas e Legais
1 - .....			
2 - .....			
3 - .....			
.....			

Fonte: Elaboração própria

Os encaminhamentos e ações da UBS devem seguir as políticas nacionais, estaduais e municipais de cada subárea da saúde, conforme o modelo constitucional do SUS que norteia as ações de serviços e profissionais de saúde que atuam nesse sistema.

Para avaliar a técnica, foram realizadas duas formas de avaliação: (1) os participantes responderam a um questionário de avaliação no final do encontro, contendo questões sobre a organização, objetivo e metodologia utilizada na formação; (2) cada profissional foi visitado em seu serviço até 2 meses após o encontro, de forma a responder uma entrevista semiestruturada sobre o processo, a dinâmica realizada, a viabilidade de sua replicação e de implementação das ações orientadas.

### Resultados

A oficina de discussão de caso Planejamento Reprodutivo de Adolescentes, contou com a participação de 10 profissionais de saúde: 3 agentes comunitárias de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 4 enfermeiros, 1 assistente social e 1 profissional da equipe de gestão do município.

Em seguida, cada grupo apresentou as possíveis condutas para resolução de cada caso que que consideravam “confuso” e complicado, mas recorrente em sua comunidade.

**Quadro 2** – Resultado da discussão em Grupo do Caso Talita.

Grupo	Conduta com Talita	Conduta com outro(s)
Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste rápido (DST)</li> <li>- consulta ginecológica imediata</li> <li>- localizar a mãe</li> <li>- investigar os sintomas</li> <li>- orientar sobre contracepção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar mãe sobre contracepção até fazer laqueadura</li> </ul>
Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste rápido (DST)</li> <li>- teste de gravidez</li> <li>- fazer consulta de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar mãe sobre contracepção até fazer laqueadura</li> <li>- realizar pré-natal da mãe;</li> <li>- verificar por qual motivo mãe não se comunica com a filha</li> <li>- encaminhar a mãe para apoio social</li> <li>- realizar visita domiciliar para ver situação do padrasto</li> <li>- encaminhar padrasto para CRAS</li> <li>- oferecer ao namorado método contraceptivo</li> </ul>
Grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste de gravidez imediato sem necessidade de acompanhante</li> <li>- convocar adolescente para grupo</li> <li>- verificar se houve violência sexual</li> <li>- discutir com a mãe o caso que a mãe deveria ter orientado</li> <li>- falar da postura irresponsável do parceiro</li> <li>- acionar Conselho Tutelar.</li> </ul>	

Fonte: Elaboração própria

Uma vez trazidos os resultados dos grupos elementos, foram trazidos à luz da discussão e embasamento das ações estratégicas de cuidado, propostas pelos participantes em adequação aos conceitos, normas, diretrizes e legislações preconizadas que dispõem dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes para a orientação de condutas de profissionais que atuam em

serviços do SUS<sup>8,9,10</sup>, aplicando a técnica de “depuração de caso”. Assim, o instrutor constrói expositivamente um quadro, que discute a diversidade de condutas apontadas pelos grupos frente às necessidades de saúde dos sujeitos envolvidos no caso, seus problemas e quais condutas estariam embasadas nas diretrizes, legislações e normas vigentes em saúde.

**Quadro 3** – Caso “depurado”, conforme problemas de saúde, condutas e bases normativas.

<b>Personagem</b>	<b>Problema/ Questão de Saúde</b>	<b>Como UBS deve atuar?</b>	<b>Bases Normativas e Legais</b>
1 – Talita (adolescente de 13 anos)	Teve relação sexual sem prevenção e buscou realizar teste de gravidez. Tem “bolinhas” na região da vagina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atenção individual com direito à autonomia e sigilo em todos os procedimentos;</li> <li>- realização de teste-gravidez;</li> <li>- verificar se costuma ter relações sexuais consentidas (se foi forçada, fazer encaminhamento da violência);</li> <li>- atenção ginecológica e contraceptiva (para qualquer método);</li> <li>- exames ginecológicos e testes para detecção de DST;</li> <li>- tratamento da DST (se for o caso);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	ECA <sup>5</sup> e Ministério da Saúde, dispensam obrigação de acompanhante para atenção ginecológica, contraceptiva e exames <sup>7,8,9</sup> .
2 – Cleber (jovem de 25 anos)	Pai de 2 filhos, teve relação sexual com Talita sem prevenção	<p>Se reside na área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação em planejamento familiar para planejamento de paternidade;</li> <li>- orientação para realização de teste rápido para detecção de DST;</li> <li>- tratamento da DST (se for o caso);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política de Atenção ao Adolescente e ao Jovem <sup>8,9,10</sup> . e Política de DST/Aids orienta prevenção de DST/Aids <sup>7,10,12</sup> .
3 – Silvana (30 anos)	Tem 4 filhos e está na fila de laqueadura. Está grávida. Tem parceiro usuário de álcool.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar o pré-natal;</li> <li>- verificar demora de espera de laqueadura;</li> <li>- oferecer e esclarecer sobre importância de uso de contraceptivos de alta eficácia e duradouro até laquear (DIU, injeção trimestral, etc);</li> <li>- orientar condutas para familiar de dependência química (na UBS, CAPS, ou serviços locais).</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas <sup>6</sup> .
4 – Josias (padrasto)	Faz abuso de álcool, Desempregado, Comportamentos abusivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- abordagem para orientação de dependência química e encaminhamento ao CAPS;</li> <li>- encaminhamento Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Posto ao Atendimento ao Trabalhador (PAT), para apoio à busca de emprego e renda.</li> </ul>	Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas <sup>6</sup> e Política Nacional de Saúde – que orienta interação com outros setores e equipamentos públicos <sup>11</sup> .
5 – Amiga da Prima (18 anos)		<p>Se reside na área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para atenção ginecológica e contraceptiva (para qualquer método);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política de Atenção ao Adolescente e ao Jovem <sup>8,9,10</sup> . Política de DST/Aids orienta prevenção de DST/Aids <sup>7,12</sup> .

Fonte: Elaboração própria



No processo de avaliação, os questionários aplicados ao final do encontro apontam que praticamente todos os profissionais consideraram as técnicas empregadas de forma

muito positiva (numa média próxima à nota máxima) quanto ao conteúdo, metodologia, relevância, desempenho dos facilitadores e sua própria participação:

**Tabela 1** – Avaliação dos participantes da Oficina, considerando 10 a nota avaliação máxima.

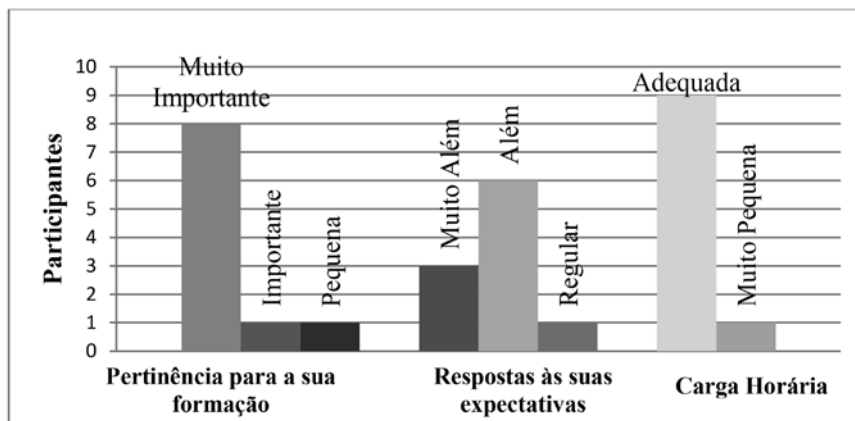
Participantes	conteúdo	metodologia	relevância	Desempenho dos facilitadores	Auto avaliação de participação
1	10	10	10	10	10
2	10	10	10	-	10
3	10	10	9	8	9
4	10	8	10	10	8
5	10	10	10	10	8
6	10	9	9	9	10
7	10	10	9	10	9
8	10	10	10	10	-
9	10	10	10	10	-
10	10	10	10	10	10
média	10	9,7	9,7	9,7	9,3

Fonte: Elaboração própria

Com relação à pertinência da oficina para sua formação foi considerada “muito importante” por 80%, “além” ou “muito além” das

expectativas por 90%, expectativas e “adequada em carga horária” por 90%.

**Gráfico 1** - Avaliação dos participantes sobre a Pertinência, Resposta às Expectativas e Carga Horária da Formação



Fonte: Elaboração própria

As entrevistas demonstram que o uso de discussão de caso que utilize similaridade com as características culturais e socioeconômicas próximas à realidade do município permite identificação dos profissionais de saúde.

*“O estudo de caso que a gente teve lá no curso com vocês acontece muito aqui no posto”* (Participante 1).

*“...a gente acha que é só um estudo do caso, mas que realmente acontece, independente da UBS, porque uma coisa é falar de uma coisa que não vivencia e aí fica superficial, mas aquilo me marca porque realmente acontece e ajuda até melhorar”* (Participante 2).

A “depuração de caso” foi considerada como uma maneira clara e didática de transmissão do conteúdo, possibilitando o esclarecimento das dúvidas sobre cada problema e questão dos “personagens”. Além de orientar condutas de forma objetiva e interligada à legislação existente foi considerada muito importante, uma vez que muitos desconheciam as legislações e normas vigentes:

*“... passou informação que a gente não conhecia, também da parte da vasectomia e da laqueadura que é a idade ou dois filhos, aqui a gente falava a idade e dois filhos, essa parte gravou bastante porque a gente estava passando informação errada para as pessoas, estava bloqueando muitas pessoas. [...] querendo ou não a gente estava negligenciando sem saber que estava negligenciando”* (Participante 3).

Também facilita a orientação de como seguir a legislação e sobre que “personagem” (que sujeito) aplicá-las para considerar as ações de saúde:

*“... porque aqui na unidade os funcionários tinham receio de atender pessoas menores de idade, principalmente adolescente se era*

*teste de gravidez tinha receio de fazer sem o pai sem a mãe, até chegava ao ponto de se negar”* (Participante 3).

*“A pessoa/o paciente, você vai atender como pessoa e você nunca atende só ela. Aí tem as outras questões que se estendem”* (Participante 6).

Além disso, relatam que o aperfeiçoamento de conhecimentos sobre os aspectos legais, quebra de tabus e ideias transmitidas pelo senso comum existente localmente, permitindo a ampliação da capacidade de prestar o cuidado integral à saúde através de pressupostos científicos e normatizações, garantindo de forma eficiente o direito à saúde e evitando consequências negativas para o paciente e para o sistema de saúde como um todo.

*“... aqui eles têm a cabecinha muito fechada ainda em relação a tudo isso que envolve a sexualidade então foi bom pra gente aprender a conduzir a conversa com esse público”* (Participante 5).

Quando à contribuição da atividade para a reflexão da prática profissional, os participantes apontaram a importância de não lidar com os usuários dos serviços e pacientes de maneira automática, especificamente priorizando o bom acolhimento, escuta e a construção do conhecimento conjunto por meio de grupos e consultas, que na prática resulta no aprimoramento da abordagem dos adolescentes, maior facilidade na disseminação das informações para colegas e para o público, realização de encaminhamentos adequados, melhoria na qualidade de assistência ao planejamento reprodutivo da população, além da experimentação e potencialidade de usar novas dinâmicas para passar informações.

Dos participantes, apenas 1 relatou ter conseguido replicar o caso em seu serviço de saúde no intervalo até a entrevista.

*“Nós replicamos o estudo de caso, eu trouxe a folha e elas leram, foi coincidência porque no dia estava tendo um bem parecido aqui”* (Participante 4).

Os demais nove afirmaram que iriam fazê-lo e um dos entrevistados também salientou que a técnica deveria ser aplicada com todos os profissionais das unidades de saúde, devido ao insucesso na resolução da atenção das adolescentes no município.

### Discussão e considerações

A utilização de técnicas educativas, como a discussão de casos, parece atrair bastante interesse dos profissionais de saúde, que no correr do dia-a-dia sentem falta de interlocução sobre problemas e discussão das práticas cotidianas a partir de suas experiências. Conectar atividades educativas com a prática profissional se mostra, assim, favorável à resolução de casos e a utilização de “depuração de caso” facilita a apresentação e aplicabilidade de normatizações e legislações em vigor, respaldando a atuação profissional embasada nos direitos à saúde dos indivíduos e menos em sua moralidade pessoal ou informações subtraídas do senso comum.

Dessa forma, concorda-se Costa e colegas<sup>18</sup>, que afirmam que o uso de estudo de caso é uma estratégia apropriada para detalhamento e exemplificações de problemas a intervir.

A experiência de uso da técnica se revelou eficaz para a identificação de lacunas e dificuldades que os profissionais encontram em sua atuação, com contextos familiares ou coletivos em que há muitos envolvidos e há tendência à mistura de suas ações com a moralidade e o comportamento da comunidade, que dificultam a identificação dos reais problemas da população e também o seu posicionamento e atuação profissional. Frente à insegurança na abordagem de determinados assuntos

considerados tabus, a visualização do direito à saúde de cada pessoa individualmente é fundamental, juntamente com o conhecimento das diretrizes e normas de saúde, para ações diretas sobre a realidade e articuladas a outros serviços, ao invés de apropriações “confusas” da realidade que paralisa a atuação sobre as situações.

Essas dificuldades e “confusões” de identificação do alvo da ação de saúde devem ser levadas em consideração nas estratégias dos poderes públicos, pois nos revelam a necessidade de aprimoramento das políticas públicas também na área de formação, educação e atualização de seus profissionais, visando o bom e efetivo funcionamento dos serviços. Segundo Bazon<sup>3</sup>, a falta de preparo profissional e o grande número de atendimentos realizados no sistema público de saúde dificultam a relação médico-paciente/familiares, impedindo muitas vezes a melhor compreensão dos processos e fatores associados aos problemas de saúde, o que contribui para a negligência do cuidado, onde usuários são vistos como objetos de intervenção e não como sujeitos de direitos<sup>27</sup>. Nesse sentido, individualizar o foco ajuda a identificar as necessidades de cada indivíduo e se resgata a ideia de saúde enquanto bem social e individual inalienável<sup>27</sup>.

Um elemento potencializador da técnica de “depuração de casos” é a discussão dos casos com diferentes cargos e formações profissionais, relação multidisciplinar que favorece o olhar integral do cuidado e a interlocução da questão por diferentes pontos de vista. Anjos Filho e Souza<sup>2</sup> mencionam que o trabalho multiprofissional vai além da existência de uma multidisciplinaridade constituindo-se, em alguns momentos, como uma pluridisciplinaridade, ou seja, uma outra dimensão em que há a confluência de olhares trocados pelos integrantes da equipe para formar um todo, um fluxo único.

Embora haja, conforme Anjos Filho e Souza<sup>2</sup>, trabalhadores que atuam em desacordo com a maioria, além de certos integrantes do quadro profissional que apresentam dificuldades para troca de saberes e experiências, a unificação de discussões em pequenos grupos permite que seja desenvolvido e garantido um trabalho mais integrado, que evite distorções e condutas totalmente diversas entre si, anacrônicas e/ou errôneas.

O fortalecimento das ações de Atenção Básica, assim deve imprimir não apenas a Educação Permanente e a disseminação dos novos conteúdos aprendidos, mas a organização dos serviços com espaços e tempos de agrupamento das equipes, tornando-os ambientes coletivos de interação favorável ao aprimoramento pessoal e profissional de todos os envolvidos, em oposição ao modelo que reduz os profissionais a meros executantes de tarefas.

### Referências

1. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(3):261-265.
2. Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017; 21(60):63-76.
3. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol. Teor. Prat.* 2004; 6(2):89-99.
4. Brasil. Lei nº 9.263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Brasília: Congresso Nacional; 12 de janeiro de 1996.
5. Brasil. Lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados - Edições Câmara; 2010. 207p. Série legislação, n.83.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.
7. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília;1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde integral de adolescentes e jovens - orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. – Brasília; 2009. 46p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Nota técnica nº13 - recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Butler J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. Tradução de Pedro Maia Soares. *Cadernos Pagu.* 1998; 11:11-42.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo\\_etica\\_pb.pdf](http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo_etica_pb.pdf)
15. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Edição revisada. (on line). [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122)
16. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2014. Edição revisada. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>
17. Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS). Código de ética profissional dos assistentes sociais. Brasília; 1993.
18. Costas AS, Nascimento AV, Terra LL, Silva MR. O uso do método estudo de caso na Ciência da Informação no Brasil. *Inf. e Doc.* 2013; 4(1):49-69.



19. D'elia FS. Tutela penal da dignidade sexual e vulnerabilidade. São Paulo: Letras Jurídicas, 2014. 302p.
20. Delfino MRR, Patricio ZM, Martins AS, Silverio MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):1057-1066.
21. Dimenstein M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estud. Psicol*. 2000; 5(1):95-121.
22. Figueiredo R. Percepção e Orientação de Condutas de Conselheiros Tutelares sobre Práticas Sexuais de Menores de 18 Anos. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.
23. Figueiredo R, Bastos SH, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo. *Journ. Hum. Growth Devel*. 2012; 22(1): 1-15.
24. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. *PLOS Medicine*. 2010; 7(4):e1000264.
25. Instituto de Saúde. Núcleo de Evidências (EVIPNET). Síntese de Evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade. São Paulo: Instituto da Saúde; 2015. 51p.
26. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de serviços primários de saúde pública no município de São Paulo. *BIS – Bol. Inst. Saúde*. 2016; 17(2):55-67.
27. Lorenzi M T. Capacidade decisória dos pacientes: aspectos jurídicos e bioéticos. (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2013.
28. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
29. Menezes G, Aquilo EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva Research on abortion in Brazil: gaps and challenges for the public health field. *Cad. Saúde Públ*. 2009; 25(2):S193-S204.
30. Moraes SP, Vitalle MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012; 58(1):48-52.
31. Nyamtema AS, Urassa DP, Roosmalen JV. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-30>
32. Oliveria MC. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes: conquistas e lacunas assistenciais na política de saúde. *Rev. Pol. Públ*. 2011; 15(2):225-232.
33. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*. 2005; 2(2):8-9. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=168](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168)
34. Souza VC. Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica. São Paulo; 2002.
35. Taquete RS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Adolesc. Saude*. 2013; 10(1):72-77.
36. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genebra: WHO, UNICEF, UNFPA; 2010.
37. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Bookman; 2015.

# Formação profissional em Saúde: do conhecimento instrumental ao trabalho como princípio educativo

**Professional formation in Healthcare: from the instrumental knowledge to the work as an educational principle**

Rosilda Mendes<sup>I</sup> e Daniele Pompei Sacardo<sup>II</sup>

## Resumo

A mudança na graduação das profissões da saúde constitui um tema fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o intuito de analisar duas experiências de formação em saúde desenvolvidas em universidades públicas que revelam o desafio de orientar processos inovadores de formação de profissionais, pautados em ações relacionais centradas no desenvolvimento de competências para acolher e constituir vínculos com o usuário. Ao considerar a importância dos cenários de prática do SUS, postulamos que por meio deles podem ser estabelecidas práticas que interrogam a hegemonia do discurso positivista, do domínio de técnicas e a transmissão de conhecimento instrumental, dando oportunidade de gerar mediações e “práticas radicais” que convocam o estudante a conhecer e ser um agente de transformação. Os dois casos mostram que esses cenários podem ser considerados espaços de diálogo, onde trabalhadores do SUS, usuários do sistema de saúde, docentes e estudantes vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, seus modos de ser e de estar no mundo. O desafio que se coloca é que ambos os casos precisam ser coerentes em seus pressupostos e, ao mesmo tempo, suficientemente abertos ao reconhecimento e enfrentamento de suas próprias falhas, equívocos e crises.

**Palavras-Chave:** Educação; Educação superior; Educação em saúde.

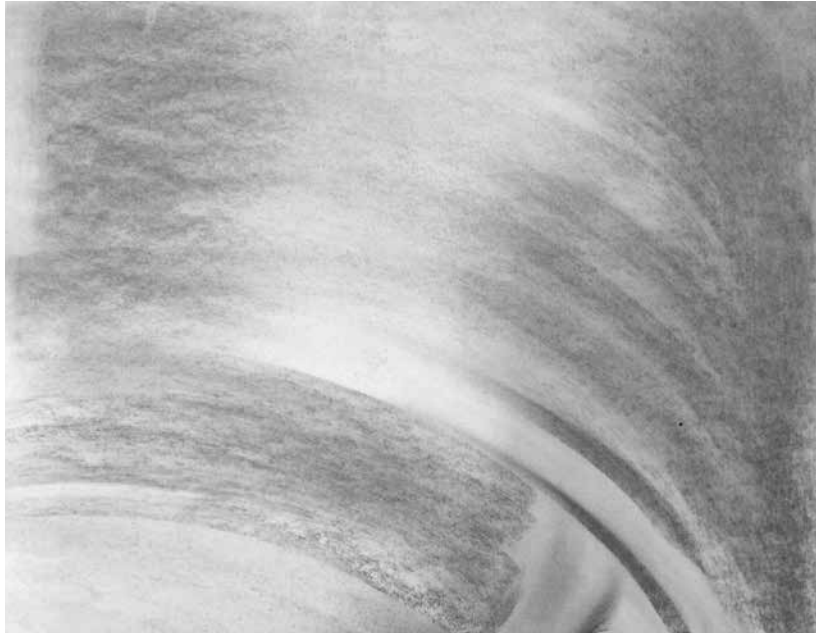
## Abstract

The change in graduation of health professions constitutes a fundamental theme for the consolidation of the Brazilian National Health System (SUS). This article aims to analyze two experiences in health formation developed in public universities that reveal the challenge of guiding innovative processes for the formation of professionals, based on relational actions centered on the development of competencies to receive and constitute links with the user. In considering the importance of practice scenarios of SUS we postulate that by means of them practices can be established that question the hegemony of the positivist discourse, of the technique mastering and the transmission of instrumental knowledge, and they can be an opportunity to generate mediations and “radical practices”, which call the student to know and to be an agent of transformation. The two cases serve to show that those scenarios can be considered spaces for dialogue, where the SUS workers, healthcare system users, teachers and students establish their social roles at the confluence of their knowledges and ways of being and living in the world. The challenge that is posed is that both must be coherent in their assumptions and, at the same time, sufficiently open to the recognition and the coping with their own flaws, mistakes and crises.

**Keywords:** Education; Higher education; Health education.

<sup>I</sup> Rosilda Mendes (rosilda.mendes3@gmail.com) é bióloga pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP-Rio Claro), Mestre em História e Filosofia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Professora Associada do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-Baixada Santista).

<sup>II</sup> Daniele Pompei Sacardo (danielesacardo@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis), Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Professora Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).



### Introdução

A mudança na graduação das profissões da Saúde constitui um tema fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) já inscrita no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, embora tenha sido um aspecto pouco desenvolvido pela Reforma Sanitária<sup>1</sup>. Entretanto, esse relatório não menciona nenhum fundamento pedagógico necessário à formação técnica, ética e política dos profissionais que atuam no SUS. De acordo com Pereira e Lajes<sup>15</sup>, tal “esvaziamento teórico” vem sendo preenchido, desde o início da década de 1990, por iniciativas como o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), pelas instituições formadoras de profissionais da Saúde, em especial as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), bem como pelo Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>3</sup>. Tais iniciativas pautaram suas atividades em uma síntese epistemológica

constituída por orientações da Escola Nova, por elementos da pedagogia de Paulo Freire e, de maneira implícita, pelos pressupostos e métodos da pedagogia das competências.

Entre os atores relevantes desse processo, destacam-se as instituições de ensino, isoladamente ou articuladas com outras entidades e movimentos profissionais, bem como o movimento estudantil, os quais reclamavam a necessidade de mudar os parâmetros curriculares de modo que essa preocupação não ficasse restrita a alguns professores ou departamentos de algumas escolas, mas que se tornasse uma questão relevante para todo um segmento profissional, incluindo os trabalhadores e gestores das instituições assistenciais do SUS. Essa questão ganha relevância na medida em que não parece possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir, simultaneamente, no mundo da formação e no mundo do trabalho<sup>9</sup>. A partir das experiências de articulação das instituições de

ensino com o SUS e os movimentos populares, houve algumas articulações multiprofissionais que se fortaleceram com o movimento pela definição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) alinhadas com as necessidades do SUS.

As DCN constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos-pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior (IES). A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde – resolução nº 1.133 de 2001<sup>1</sup> – dispõe sobre as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, nas quais constam elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação. As DCN têm como objetivos estruturar novos modelos de formação que estimulem:

*“...o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações”<sup>1</sup> (p.2).*

Nesse contexto, os conhecimentos são considerados como “ferramentas” passíveis de utilização, visto que a ordem é de criação de competências para os complexos problemas cotidianos. De acordo com essa perspectiva, a educação pressupõe a ênfase na experimentação e na empiria, numa evidente crítica à compartimentalização e à estratificação do conhecimento em disciplinas isoladas, e a centralidade do processo educativo encontra-se nos métodos de ensino-aprendizagem e no protagonismo dos estudantes. Como diz Morin<sup>13</sup>:

*“..ao invés de acumular o saber é mais importante dispor ao mesmo tempo de uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas; princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido” (p.21).*

Tais fundamentos mantêm aproximações com os termos “metodologia ativa”, “aprendizagem significativa”, “aprendizagem baseada em problemas” e seus correspondentes, que constam nas DCN, mas também nos discursos dos diversos atores institucionais que têm como objeto a formação profissional em saúde.

Cabe destacar que o trabalho em saúde possui características particulares pelo fato de sua produção se dar por meio do encontro entre duas ou mais pessoas, por mais institucionalizadas que estejam as práticas de saúde. É nesse espaço de “trabalho vivo” e atravessado por “tecnologias duras, leve-duras e leves”<sup>12</sup>, que é possível um certo grau de invenção e que os trabalhadores colocam em operação suas concepções sobre saúde, doença, cura, cuidado etc. Ainda que as diferentes modalidades de organização do trabalho em saúde restrinjam mais ou menos a criatividade e a autonomia de ação, há certo grau de liberdade dos trabalhadores em atuar que não é totalmente suprimido pelas instituições. É pela necessidade de aproximar a formação profissional do mundo do trabalho e de oferecer aos futuros profissionais novas tecnologias e novos compromissos ético-políticos para o trabalho em saúde, que o processo de formação é também objeto indispensável de abordagem pelas políticas de saúde<sup>9</sup>. Nesse sentido, é possível considerar as DCN de 2001 e os demais documentos subsequentes uma expressão concreta de institucionalização de uma política pública no âmbito da formação profissional produzida com o objetivo de proporcionar a transformação das práticas.

### **Educação no mundo do trabalho**

Pretendemos aqui discutir duas experiências de formação que tomam os cenários de prática como potentes espaços de diálogo e de construção de cidadania, aonde trabalhadores



do SUS, usuários do sistema de saúde, docentes e estudantes vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de estar no mundo. Nossas reflexões iniciais iniciam a partir de duas indagações: como tornar a educação superior significativa, crítica e emancipadora? Os cenários de prática do SUS educam? Coloca-se, nesse sentido, um duplo desafio que consiste em tomar a educação em sua ampla dimensão, como práxis reflexiva e dotada de sentido, por um lado, e, por outro, eleger o mundo do trabalho como ponto de partida para a proposta pedagógica.

A aposta é de que por meio dos “cenários” de prática possam ser estabelecidas práticas educativas em saúde que interrogam a hegemonia do discurso positivista, do domínio de técnicas e de transmissão de conhecimento instrumental, possibilitando uma oportunidade de gerar mediações e “práticas radicais”, que convocam o estudante e o professor a conhecerem e a se conhecerem, a serem agentes de transformação da realidade. Desta forma, à dimensão verdadeiramente formativa do processo educativo que se pretende aqui dar destaque.

Para iniciar, vamos nos deter, ainda que de forma sintética, sobre algumas concepções acerca da educação. O caráter histórico-antropológico da educação elucidado por Vieira Pinto<sup>18</sup> permitirá identificar alguns princípios capazes de expandir o caráter instrumental das práticas educativas e particularmente daquelas vinculadas à área de saúde. Para o autor a educação é um processo, um decorrer de formação do homem no tempo; a educação é um fato existencial, constitutiva do ser humano; a educação é um fato social já que se refere à sociedade como um todo; a educação é um fenômeno cultural; a educação é uma atividade teleológica, ou seja, a formação do indivíduo sempre “visa um fim”; a educação é um fato de ordem consciente; a educação é por

essência concreta e é, por natureza, contraditória, pois implica simultaneamente em conservação e criação.

Outro aspecto fundamental reforça sua função social, à qual Charlot<sup>6</sup> faz referência ao incorporar a significação política da educação. Contudo, “o verdadeiro problema é saber em que ela é política” (p.10), diz o autor. A educação é política porque transmite modelos que prevalecem em uma sociedade: modelos de vida, de trabalho, de relacionamento, de condutas. Por serem modelos de grupos sociais influentes; têm significação política, uma vez que a política exprime relações de força, até entre ideais opostos. As ideias políticas sobre a sociedade, a justiça, a liberdade, a igualdade, por exemplo, impregnam os modelos. Nesse sentido, e educação é social e deve ser uma reflexão permanente sobre os modelos sociais e sobre a organização social, e toda teoria da educação deve, necessariamente, ordenar-se a um projeto de sociedade.

Tal projeto perpassa por uma concepção ampla de educação, como proposto em “Educação Um Tesouro a Descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI”<sup>14</sup>, conhecido como Relatório Jacques Delors, que aponta para o fato de que a educação no presente século deve se organizar em torno de quatro aprendizagens, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a viver junto. A ideia de conhecimento ganha novos contornos, integrando concomitantemente o fazer, o ser e o conviver. São os valores que ensinam o indivíduo a comportar-se como ser no mundo, a estabelecer uma hierarquia entre as coisas, a chegar à convicção de que algo importa ou não importa, vale ou não vale; a discernir entre um valor e um contra-valor<sup>8</sup>.

Identificar esses princípios orientadores da prática educativa pode dar à positividade da formação na área da saúde e possibilitar a

constituição de um agir profissional que considere as dimensões técnicas, éticas e políticas envolvidas no agir em saúde.

Trabalhar com a concepção ampla de educação de modo a incorporar as formas educativas que ocorrem no interior das relações sociais, inclusive no mundo do trabalho, com o objetivo de desenvolver práticas que dialoguem com os saberes, os desejos e com a singularidade de quem demanda o cuidado em saúde, contrapondo-se à visão unidimensional da formação profissional vinculada às necessidades imediatas para o mercado de trabalho. Em outras palavras, ao se enfatizar o mundo do trabalho como relação social fundamental, que não se reduz à ocupação, à tarefa, mas não os exclui, aponta-se que nele se situa um importante *lócus* da unidade teoria/prática, ética, técnica e política.

Nesse particular, o legado teórico de Gramsci<sup>11</sup> parece-nos apropriado por trazer uma importante referência sobre a prática pedagógica inserida no mundo do trabalho. O autor dará ao princípio do trabalho, como elemento educativo, à inseparabilidade entre instrução e trabalho. O trabalho como princípio educativo remete, pois, ao caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora como aponta Ciavatta<sup>7</sup>:

*“Para isso, seria necessário tanto o conhecimento das leis da natureza, como das humanidades e da ordem legal que regula a vida em sociedade” (p.408).*

O que poderia estar suposto nesta orientação é que os serviços de saúde passam a ter um peso pedagógico de destaque, de tal forma que a formação de um profissional “consciente”, capaz de responder crítica e eticamente aos desafios de consolidar os princípios do SUS, vem da formação e também do mundo do trabalho. Nesse sentido, serviços de saúde e escola deveriam criar mecanismos de unir o que historicamente

se encontra separado. Não basta, no entanto, simplesmente de eleger o mundo do trabalho como ponto de partida, mas de superar o caráter estreito da profissionalização para pensar na possibilidade que tome o trabalho como princípio educativo, no sentido de aliar uma formação de natureza geral e abrangente.

### **Experiências que valorizam os cenários de práticas**

#### **A perspectiva interdisciplinar na formação da UNIFESP-Baixada Santista**

A experiência de formação interdisciplinar da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista será aqui apresentada a partir de um de seus eixos comuns – o eixo “Trabalho em Saúde” (Eixo TS), de caráter transversal, comum a todos os cursos de graduação do *campus*, e que tem como diretriz geral possibilitar uma visão abrangente do processo saúde/doença/cuidado, do trabalho em saúde e do sistema de saúde vigente, de maneira a contribuir na formação de profissionais capacitados para ofertar uma atenção integral e desempenhar um papel ativo nas questões de saúde existentes em nossa sociedade.

A proposta de formação do Eixo TS insere-se no contexto dos movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, como já apontado anteriormente. As atividades de ensino deste eixo abrangem os três primeiros anos dos cursos de graduação de Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, e os dois primeiros anos do curso de Serviço Social (vespertino e noturno), perfazendo cerca de 800 estudantes em cada semestre.

Consistem em atividades de campo, vivências práticas, pesquisas orientadas, supervisões, discussões em grupos, aulas teóricas, que envolvem, portanto, técnicos e docentes da área de

Saúde Coletiva e dos diversos cursos de graduação, totalizando cerca de 40 docentes em cada semestre eletivo. Também envolve equipes de diversos serviços públicos Santos (de secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social) e de outros municípios da Baixada Santista, requerendo uma complexa logística para viabilizar atividades de campo dos diferentes módulos. As estratégias de ensino-aprendizagem deste eixo valorizam a participação e o envolvimento dos alunos na construção do conhecimento e pode-se afirmar que a interação e exposição a situações vivenciadas no cotidiano das práticas de atenção à saúde são pontos de partida para a aprendizagem significativa.

Em decorrência, os módulos semestrais estão organizados de forma a promover a inserção dos alunos em “cenários” de práticas, desde o primeiro ano da graduação, em atividades que possibilitam o contato, nos territórios dos municípios da Baixada Santista, com diferentes grupos populacionais em seus locais de moradia. Procura-se, desta forma, fomentar a aproximação dos estudantes com os problemas de saúde da população e também com os serviços do sistema de saúde pública. Há um permanente esforço em articular os referenciais teóricos às práticas, bem como sustentar e aprimorar o diálogo com os demais eixos constitutivos do currículo.

Nesta trajetória de formação, são utilizadas diferentes ferramentas e estratégias metodológicas que percorrem os três primeiros anos da formação:

. no 1º semestre, se iniciam, com o módulo “Condições de Vida e a Produção Social de Saúde”, no qual são realizadas visitas a diferentes territórios da cidade de Santos para conhecer as diversas condições de vida da população e suas implicações para o processo saúde-doença e cuidado.

. no 2º semestre, os estudantes cursam o módulo “Desigualdades Sociais e Políticas de Saúde no Brasil” e realizam visitas aos serviços,

a fim de conhecer a rede de saúde municipal e discutir o sistema de saúde vigente em nosso país, também analisar a evolução da racionalidade clínico-epidemiológica, seus pressupostos investigativos e suas implicações para as políticas de saúde e para a prática do profissional de saúde;

. no 3º semestre, no módulo “Encontros e a Produção de Narrativas”, duplas de alunos acompanham, por meio de visitas domiciliares quinzenais, famílias residentes no município de Santos e em outros municípios da Baixada; acompanhamento que tem como diretriz permitir aos alunos o desenvolvimento da escuta, do vínculo, de uma prática clínica comum aos diversos profissionais que possibilite a identificação de necessidades de saúde das famílias, bem como a construção de propostas de intervenções adequadas à realidade de vida e dos serviços de saúde. O produto deste semestre é a construção de narrativas de vida;

. no 4º semestre, no módulo “Trabalho em Equipe e Práticas Coletivas”, equipes compostas por alunos dos 6 cursos de graduação realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde em diferentes grupos populacionais com envolvimento de equipes de diferentes serviços públicos municipais (unidades de saúde, escolas, centros comunitários), associações de bairros, organizações não governamentais (ONG) entre outros. Cada grupo de estudantes realiza cerca de seis atividades de campo;

. no terceiro ano (5º e 6º semestres), os estudantes realizam intervenções específicas e em comum na produção do cuidado, no módulo “Clínica Integrada: produção de cuidado”. São organizadas equipes multidisciplinares das diferentes graduações, que têm como responsabilidade a atuação em atendimento domiciliar, o acompanhamento de pacientes atendidos em serviços da Atenção Básica, de serviços de especialidades ou internados em enfermarias hospitalares. A orientação e supervisão das atividades são

realizadas por uma equipe composta por professores de diferentes áreas profissionais, totalizando cerca de 20 docentes<sup>10,18</sup>.

A avaliação recente da experiência destacou três aspectos relevantes que merecem ser apontados: (1) o fato de haver um eixo comum a todos as profissões que percorre toda a formação, envolvendo docentes de todas as áreas, e que coloca em destaque o tema do trabalho em Saúde; (2) o encontro entre as profissões ao longo do processo de formação, com foco na produção do cuidado, que permite que se explore as possibilidades de interação entre as profissões; e (3) o investimento no encontro entre estudantes – futuros profissionais de saúde – e os usuários em seus contextos é potente e mobiliza a todos para a construção de relações mais horizontalizadas<sup>10</sup>.

#### **O ensino da Saúde Coletiva no curso de Medicina na UNICAMP: o desafio de romper com o modelo flexneriano hegemônico**

Diferentemente da UNIFESP - Baixada Santista, a experiência da Universidade de Campinas (UNICAMP) concentra-se no curso de Medicina, tendo em vista que apenas no primeiro ano do curso há uma interação genuinamente interdisciplinar com o curso da Fonoaudiologia, embora nesta mesma universidade e *campus* haja outros cursos da área da saúde, como Enfermagem, Educação Física e Farmácia, além de Nutrição e Ciências do Esporte, realizados no *campus* de Limeira e que, devido à distância geográfica, dificulta uma abordagem conjunta entre os cursos desses dois *campus*.

O projeto político-pedagógico do Departamento de Saúde Coletiva para a graduação em Medicina conta com cerca de 40 docentes e profissionais de apoio ao ensino e pesquisa, designados para ministrar as disciplinas e conteúdos das áreas de Política, Planejamento e Gestão, Epidemiologia, Ciências Sociais, Saúde do Trabalhador,

Saúde Ambiental, Saúde Comunitária/da Família e Ética, algumas delas de maneira longitudinal e distribuídas ao longo dos 6 anos do curso. Ao analisar a proposta curricular, observa-se uma subdivisão do processo formativo entre disciplinas dos eixos “Básico”, “Pré-clínico” e “Clínico” (ou internato), de modo que a maior concentração dos conteúdos de Saúde Coletiva se localiza nos três anos iniciais.

É importante considerar que, em decorrência da promulgação em 2014 das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina<sup>2</sup>, houve uma reformulação da carga-horária destinada ao período “clínico”, exigindo maior dedicação em atividades práticas na Atenção Básica. Para se adequar a essa normativa, recentemente a instituição deliberou por considerar os estágios realizados nos centros de saúde durante o quarto ano de formação, como “internato”, o que significa uma ampliação do período “clínico” e maior tempo dedicado às intervenções supervisionadas nos serviços de Atenção Básica municipal.

No que tange aos aspectos teóricos e metodológicos, o projeto pedagógico da formação de Saúde Coletiva busca aproximar os alunos de Medicina do sistema de saúde pública desde o primeiro ano, possibilitando uma visão crítica, tanto dos papéis desempenhados pelas instituições e profissionais da área, quanto da política da saúde do Brasil, por meio da experiência de estágios nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. Com abordagem problematizadora e voltada para a prática profissional, os conteúdos das disciplinas apresentam e discutem temáticas centrais desse campo interdisciplinar, visando à integralidade e à humanização do cuidado. Dentre os temas trabalhados, destacam-se: os determinantes do processo de saúde-doença-atenção com ênfase no território, as necessidades de saúde individuais e coletivas, estratégias de educação em saúde e trabalho em equipe, gestão da clínica, a abordagem familiar, o apoio matricial, a



clínica ampliada e a visita domiciliar com vistas à integralidade do cuidado em saúde, diversidade cultural e promoção da saúde, trabalho interseccional e gestão do cuidado em rede, o estabelecimento e pactuação de critérios de acesso e equidade nos diferentes níveis do sistema sanitário, os aspectos éticos da atenção à saúde, incluindo a interrelação do aluno com seus pares, com os usuários, seus preceptores e as instituições onde atua, além de questões relacionadas à saúde do trabalhador e à saúde ambiental.

Em relação aos conteúdos da Epidemiologia, são abordados os processos de transição demográfica e epidemiológica, noções de demografia, as fontes de informações para medidas das condições de saúde, os indicadores epidemiológicos (mortalidade geral e proporcional, mortalidade infantil), as medidas das doenças (incidência, prevalência, letalidade), o controle das doenças, epidemias e endemias e as enfermidades de notificação compulsória, instrumentalizando o aluno a desenvolver habilidades e competências para atuar como profissional de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Cabe destacar que a formação médica, particularmente, mas também outras profissões da área da saúde persistem sofrendo forte influência do modelo flexneriano, que se baseia num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais e cuja centralidade é a doença e não a saúde, além da crença na presunção da tecnologia como centro da atividade científica e da assistência à saúde. Esta formulação constitui, ainda hoje, o modo hegemônico de organizar a 'grade' curricular orientadora do processo formativo em Medicina e, ao mesmo tempo, vem influenciando o modelo de atenção à saúde brasileiro, que tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica-curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença.

De acordo com Scherer e colegas<sup>17</sup>, houve um movimento de ruptura deste paradigma com a institucionalização e implantação do SUS:

*“...uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população” (p.57).*

Com a criação do SUS, aprofundou-se a crise causada pela disputa entre dois modelos ou paradigmas, visto que a nova proposta buscava produzir novos modos de conceber os problemas não solucionados pelo paradigma dominante e reorientava as pesquisas sobre esses problemas, apontando os limites e as insuficiências explicativas para os fenômenos sociais.

No caso da formação em saúde, é possível verificar também movimentos de mudança curricular que atenda às necessidades do novo paradigma demandado pelo SUS, embora haja muita resistência por parte dos atores sociais diretamente envolvidos, tanto nas instituições universitárias, quanto nos serviços de saúde. Assim, as políticas indutoras dos processos de mudança na formação das profissões de saúde, as quais procuram reorientar o modelo de atenção e de gestão do SUS e, também, o sistema de ensino superior, vêm sofrendo mútua influência e se retroalimentando enquanto possibilidades de romper com o modelo hegemônico.

Se considerarmos a ruptura como uma das possibilidades de solução da crise, a partir da emergência do novo paradigma implícito no SUS, presentemente, um dos maiores desafios colocados para a Saúde Coletiva na UNICAMP – instituição que influenciou o movimento da Reforma Sanitária que culminou com a criação dessa política –, seria o de “re-formar” e apresentar um novo projeto ético-político-pedagógico de formação profissional que atenda

integralmente às DCN, assumindo seu papel de liderança no cenário institucional “para dentro” da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), bem como para outros cursos de medicina. A esse respeito, cabe ressaltar que a profundidade da crise paradigmática e o campo de disputas se expressam na tensão entre os posicionamentos radicalmente antagônicos que convivem no cotidiano da instituição FCM, não apenas no âmbito discursivo, mas nas atividades práticas desenvolvidas nas preceptorias e estágios realizados ao longo do processo formativo. Tais questões encontram-se no plano dos valores e princípios norteadores das atitudes, orientações, regras, normativas, habilidades e competências a serem ensinadas/aprendidas, em todos os cenários de práticas. Dessa forma, caberia interrogar (nos): qual formação profissional desejamos? Seria a voltada para o setor público, privado e, ou ambos? Qual modelo de atenção à saúde? O centrado nos procedimentos e, ou nos usuários/pacientes? Conteúdos, metodologias e avaliações subdivididas entre currículo básico (teórico) e clínico (prático)? E tantas outras questões a serem (re)examinadas.

Finalmente, no âmbito da formação profissional, vislumbra-se uma possibilidade de ruptura (ou não) do modelo hegemônico, a depender do caminho a ser trilhado na consecução da dimensão operacional, em especial das novas DCN, já em andamento desde 2014: ou se consolida como estratégia de reorientação do projeto político-pedagógico da instituição, com ampla revisão sobre o que deveria estar no presente no currículo e a forma como os assuntos deveriam ser ensinados aos alunos “nativos digitais” (ou da “geração Z”), ou se consolidará como um processo de mudança apenas retórica e impotente diante da onipotência do “porto seguro” e amplamente conhecido, porém limitado, modelo flexneriano.

### Reflexões finais

As definições de DCN e iniciativas políticas institucionais convidam à instalação de inovações no campo da formação em saúde, que quanto mais coletivo, inclusivo e participativo, maiores as possibilidades da educação produzir efeitos. Essas possibilidades dependem, na maioria das vezes, do empreendimento de processos coletivos de invenção, exposição a diversos modos de viver, da reflexão crítica sobre as práticas, em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referenciais<sup>4</sup>. Os dois casos apresentados pretenderam apontar, cada um a seu modo, que é preciso “mantê-los permanentemente em transformação”<sup>5</sup>.

Todavia, se considerarmos a situação da educação não universalizada e a própria situação atual dos serviços de saúde, a questão deixa de parecer tão simples e acaba por gerar um quadro que parece não ter solução. Reconhece-se hoje, com maior clareza, que a relação entre educação e o mundo do trabalho é complexa, contraditória, tanto decorrente das contradições do trabalho e seu respectivo mercado, como também em consequência das funções sociais que o sistema educacional cumpre.

Há de se apontar ainda as ameaças concretas e simbólicas para que esse processo de mudanças na formação profissional, interdisciplinar e com maior integração ensino-serviço seja consolidada definitivamente como um paradigma emergente, a começar pelo crônico subfinanciamento público do SUS. São tantos os aspectos em que a política sanitária nacional se encontra em risco atualmente, causando profunda perplexidade, que é possível considerar as concepções, reflexões e proposições descritas nesse artigo como utopia irrealizável ou pura ilusão de docentes implicadas. Ou no máximo, considerar o relato de experiências como exemplos provisórios e efêmeros, tendo em vista a crise profunda na

qual nos encontramos em nosso país, especialmente nos âmbitos ético, político e econômico. Como já apontado, em tempos de crise, a ruptura é uma possibilidade do novo insurgir, daí recorreremos às proposições de Boaventura de Sousa Santos<sup>16</sup> ao indicar que:

*“...em períodos de transição [paradigmática], difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade”* (p.46).

O sucesso, a legitimidade e o alcance da condição de hegemonia do novo paradigma interdisciplinar e voltado à integralidade do cuidado dependem da conquista de novos adeptos provenientes da academia, dos serviços sanitários, da gestão e de outros setores e movimentos sociais; em suma, de toda a sociedade. Pode-se afirmar que a reformulação do processo de formação profissional em saúde implica mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico e a educação no mundo do trabalho se relacionam, e são usados para a formulação e organização, tanto dos modelos de atenção à saúde quanto das propostas político-pedagógicas e curriculares dos cursos. O desafio que se coloca é que ambos precisam ser coerentes em seus pressupostos e fundamentos e, ao mesmo tempo, suficientemente abertos ao reconhecimento e enfrentamento de suas próprias falhas, equívocos e crises.

Ainda que identifiquemos esse contexto de adversidades concebemos propostas de ensino como formas de (re)unir o ensino em serviço, e responder às contradições da prática. Tal podem ser os casos que apresentamos e que vêm sendo elaborados, não como receitas, mas como tentativas

de promover mudanças nas relações entre as universidades e os serviços de saúde e dar destaque ao trabalho como princípio educativo.

#### Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.133 de 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Diár. Ofic. Um.; 3 out. 2001; Seção 1E, p.131.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3. Brasília; 20 jun. 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
3. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64p. Série B. Textos Básicos de Saúde e Série Pactos pela Saúde; v.9.
4. Campos GWS. Contracapa. In: Matta GC, Lima JCF. (Org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; EPSJV; 2008.
5. Casseto SJ, Capozzolo AA, Henz AO, Junqueira V. Como fortalecer um projeto e mantê-lo em transformação. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Hens AO. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2013. p.268-273.
6. Charlot B. A mistificação pedagógica. Realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983
7. Ciavatta M. O trabalho como princípio educativo. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 408-415.
8. Delors J. (coord.). Educação: um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 9ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, MEC/ UNESCO; 2004.
9. Feuerwerker LCM. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec / Londrina: Rede Unida / Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

10. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Hens AO. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2013. p. 35-58.
11. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. 7ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira; 1989.
12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
13. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 37p.
14. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. destaques. Brasília; 2010. [acesso em: 28 set 2017]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
15. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Trab. Educ. Saúde. 2013; 11(2):319-338.
16. Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estud. Av. 1988; 2(2):46-71.
17. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos RS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. Interface Com. Educ. Saúde. 2005; 9(16):53-66.
18. UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo- Relatório de Monitoria 2015/2016.
19. Vieira Pinto A. Sete lições sobre educação de adultos. São Paulo: Autores Associados/Cortez; 1992. Coleção Educação Contemporânea.



# Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada

## Permanent Education for social control: a tool for shared and participative management

Maria do Carmo Sales Monteiro<sup>1</sup>, Teresa Cristina Lara de Moraes<sup>II</sup>

### Resumo

Esse artigo relata a experiência do Grupo de Trabalho para Educação Permanente do Controle Social (GTEPCS) que permitiu identificar desafios para atuação dos conselheiros, possibilitando a implementação da Política Municipal de Educação Permanente (EP) para o Controle Social no Município de São Paulo, objetivando nortear e fortalecer a participação enquanto ferramenta de gestão do SUS. Esse trabalho possibilitou a construção de um Documento Norteador e a aprovação da resolução que institui as etapas de elaboração e execução dos Planos de EP, dando maior autonomia às regiões. A metodologia utilizada permitiu construir o Plano de EP baseado no Plano Municipal de Saúde, orientando a definição do perfil de competências do Conselheiro Gestor para construção do currículo e das estratégias pedagógicas elaboradas para cada território. Os resultados alcançados foram possíveis devido ao trabalho conjunto com participação de todos os segmentos de forma descentralizada. O processo experienciado representa um salto de qualidade quando se ampliam as ações de formação dos Conselheiros, buscando a construção e apropriação do conhecimento que é compartilhado com todos atores envolvidos, promovendo qualificação e transformação do processo de trabalho no cotidiano da prática dos conselheiros.

**Palavras chave:** Educação permanente; Controle social, Planejamento.

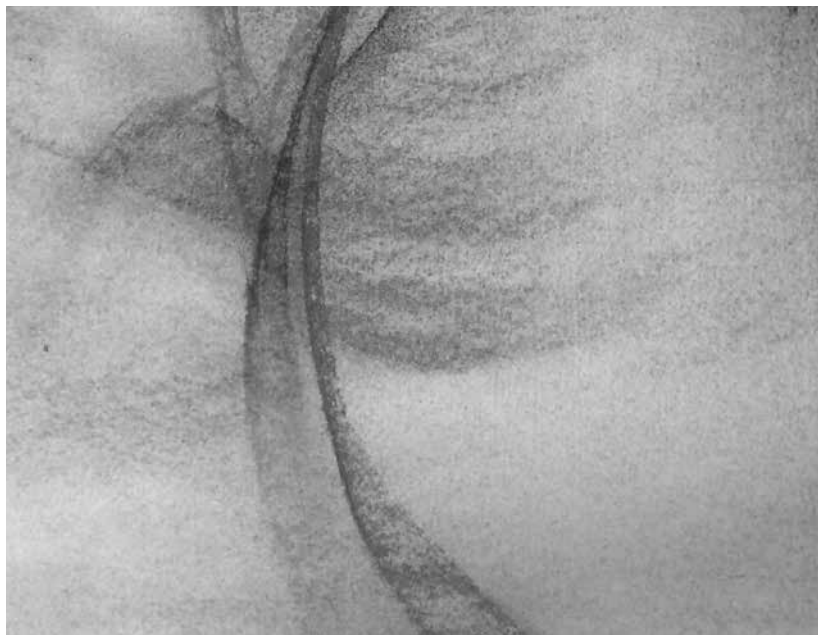
### Abstract

This article reports the experience of the Working Group for Permanent Education of Social Control (GTEPCS, in portuguese initials) which permitted the identification of challenges to the advisors' performance, allowing the implementation of the Municipal Policy of Permanent Education (EP), giving better autonomy to the regions. The methodology used allowed the construction of the curriculum and the pedagogic strategy for each territory. The results achieved were possible due to the collective work of all segments in a decentralized manner. The experienced process represents a quality development in enlarging the Advisors' formation, seeking the construction a appropriation of the knowledge that is shared with all involved actors, promoting the qualification and transformation of the advisors' daily work process.

**Key-words:** Permanent education, Social control, Planning.

<sup>I</sup> Maria do Carmo Sales Monteiro (carmonenf@gmail.com) é enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), Especialista em Formação Pedagógica para Educação Profissional de Nível Técnico na Área da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Docente da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo (ETSUS-SP) e Coordenadora da Educação Permanente para o Controle Social da Escola Municipal de Saúde (SEM) da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS/PMSP).

<sup>II</sup> Teresa Cristina Lara de Moraes (tcrisinalara@uol.com.br) é psicóloga, Mestre em Sociologia da Educação e Doutora em Psicologia da Educação pela Universidade de São Paulo (USP), Coordenadora dos Projetos de Prevenção do Serviço da Atenção Especializada em DST/Aids da Cidade Líder II da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo (SMS/PMSP) e membro do Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (IS/SES-SP).



### **Introdução - de qual educação falamos?**

Partimos da premissa que educação é um fenômeno que acompanha a existência dos indivíduos ao longo de toda vida, um processo amplo de desenvolvimento, socialização e subjetivação do ser humano. Com este olhar buscamos uma proposta pedagógica que se balize na perspectiva histórico-crítica de educação e que tenha o trabalho como princípio educativo, onde os trabalhadores possam problematizar sua prática com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para uma aprendizagem significativa e crítica da realidade social em que está inserido<sup>7</sup>.

Para Saviani<sup>11</sup>, a teoria histórico-crítica, na qual se baseia a Educação Permanente, nos traz a possibilidade de uma aprendizagem que parte da realidade e do conhecimento dos educandos e que, ao problematizar a prática cotidiana, reúne elementos para a sua promoção e inclusão social, produzindo coletivamente novos conhecimentos e transformando a sociedade.

Entendemos que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a lanterna que ilumina a prática, pois traz como premissa uma noção que nos é muito cara, do ser humano como alguém incompleto e sempre em busca de novos aprendizados e horizontes. Nesse sentido, rompe com a visão predominante e que limita a educação aos bancos escolares.

Vale lembrar que na década de 1970, Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) apresentou a Educação Permanente como diretriz essencial a partir da qual os sistemas de ensino deveriam ser repensados, adotando como princípio uma educação ao longo da vida, com o foco no “aprender a aprender”<sup>19</sup> (p.36). Nesse sentido, a Educação Permanente, segundo o relatório *Aprender a Ser*, publicado pela Unesco em 1972, foi concebida “como um conjunto contínuo existencial cuja duração se confunde com a vida mesma”<sup>8</sup> (p.13).

No Brasil, na década de 1960, a Educação Permanente começou a ser debatida, sobretudo, a partir da obra do educador Dumerval Trigueiro<sup>18</sup>, que a definia como um caminho a ser explorado para além dos muros escolares, ou seja, reunindo condições para potencializar tanto a contribuição da escola na vida das pessoas, como na sociedade.

Ancoramos nossas premissas em uma educação que se baseia nos princípios de Paulo Freire. O educador parte da concepção da problematização como o motor da aprendizagem, buscando romper com o que intitulou de “educação depositária ou bancária”, que na visão freiriana é um modelo de educação que parte do pressuposto de que o aluno nada sabe e o professor é detentor de todo o saber, criando-se, assim, uma relação vertical entre educador e educando. Ao contrário, Freire aposta em uma educação que intitulou como “libertadora”, onde a relação entre educador e educando se dá por meio de um processo integrativo em que o conhecimento não é despejado para o educando, mas que se constrói socialmente, adotando a problematização como alavanca da aprendizagem<sup>9</sup>.

### **Educação Permanente para o controle social - Por que temos que qualificar nossa ação conselheira?**

As conquistas brasileiras, dos últimos 500 anos, se deram à custa de muita luta. A começar pelo próprio SUS. Este é fruto da luta de organizações populares, de técnicos e trabalhadores comprometidos com a saúde. Tal luta foi consolidada em duas leis federais, a Lei nº 8.080<sup>2</sup> e a Lei nº 8.142<sup>3</sup>, ambas de 1990. Estas são o resultado da persistência e empenho desses movimentos sociais pela democratização dos serviços de saúde e, como marco legal, deram origem aos conselhos e as conferências

de saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no SUS<sup>4</sup>.

Garantimos os espaços e canais de participação, porém, para efetivá-los na prática, temos que nos instrumentalizar de forma organizada para que possamos intervir. Assim, para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde é necessário conhecer nossos direitos e as necessidades de saúde do território em que estamos inseridos. Desta forma, para melhor qualificar a atuação do conselheiro de saúde é preciso lançar mão da Educação Permanente em Saúde, entendida enquanto conceito e prática em permanente construção e que busca a atuação no território, respeitando a realidade de cada localidade, suas características, bem como suas diferenças institucionais e socioculturais<sup>18</sup>. Entendendo este território como um espaço resultado de processos socioculturais e econômicos<sup>7</sup>.

O papel do Conselho de Saúde está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada em cada esfera de governo. Desta forma, o conselheiro deve fortalecer e contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais, leis, normas, decretos e outros documentos que visem fortalecer sua atuação<sup>6</sup>.

Enfim, a Educação Permanente para o controle social contém os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde, instrumentalizando-o para intervenções construídas no cotidiano dos serviços e da comunidade, por meio de metodologias participativas, utilizadas em processos formais e informais que valorizam as vivências e experiências.

A ação conselheira e o processo de trabalho são indissociáveis; a partir desse binômio que se constrói o perfil de competências e habilidades dos educadores e educandos considerando as dimensões conceituais, técnicas, éticas e políticas necessárias à atuação do conselheiro. Nesse sentido, sua ação conselheira deve buscar estabelecer relações entre o conhecimento novo e os preexistentes, assim como as expectativas, sentidos e significados que se mobilizam no processo de ensino aprendizagem<sup>1</sup>.

Esse processo contínuo de formação visa valorizar a criação de uma consciência crítica, por isso exige uma prática educativa participativa, dialógica e democrática, sempre ancorada em referenciais éticos voltados à garantia do direito à cidadania. Este é o caminho que possibilitará qualificar a prática no conselho, contribuindo para a melhora da qualidade de vida das pessoas do território.

### ***Caminhos percorridos na Educação Permanente para o controle social***

Em 11 de agosto de 2006 foi aprovada a Resolução nº 363 do Ministério da Saúde, que cria a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (PNEPCS)<sup>5</sup>. Essa política reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da formação de conselheiros de saúde e amplia a sua importância, elevando-a enquanto Programa de Capacitação para uma Política Nacional Estratégica para o SUS<sup>5</sup>. Também orienta que os Conselhos de Saúde participem formulação das políticas e seus planos de educação permanente, garantindo a maior participação e controle social da sociedade em favor do SUS.

No município de São Paulo, em 2003, o Centro de Formação dos trabalhadores da Saúde (CEFOP) e a Escola Técnica do SUS (ETSUS-SP),

em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, elaboraram um modelo de curso para capacitação técnica, política e ética de seus conselheiros gestores, utilizando a metodologia da problematização preconizada pela ETSUS-SP. Essa proposta englobava também a capacitação de docentes que atuavam nesses cursos. Para tanto, foi feita a elaboração de uma apostila de textos básicos e planejado um conjunto de atividades didáticas para desenvolvimento dos conteúdos a serem utilizados em todas as regiões do município.

De 2003 a 2013, foram realizadas 233 turmas e capacitados 4.748 conselheiros de saúde. Durante esse período, os atores das diversas regiões de saúde envolvidos promoveram discussões locais buscando adequar os conteúdos da formação a sua realidade. As avaliações realizadas com esses participantes apontaram que a formação trouxe uma importante contribuição na constituição dos Conselhos Gestores, no processo eleitoral e na ampliação de conhecimentos sobre legislação referente ao SUS. Porém também foram citadas dificuldades como não mudança efetiva do cotidiano dos conselhos, a falta de conteúdos atualizados, a falta de preparo de alguns docentes e de participação de todos os segmentos no curso, principalmente, dos trabalhadores e gestores, além de não terem atendido todas as demandas da cidade.

Em 2009, a equipe do, então, CEFOP, em conjunto com representantes do Conselho Municipal de Saúde elaborou o Projeto de Educação Permanente para o Controle Social (PEPCON). Esse projeto continha três eixos básicos: capacitação, informação/comunicação; e pesquisa, procurando atender as principais diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social de 2006. Durante este processo de elaboração do projeto foi levantado o perfil detalhado dos conselheiros gestores que passaram pelos cursos no período de 2003 a 2008, que



serviu de base para estabelecer os eixos do projeto, bem como para a revisão dos conteúdos do curso de conselheiro gestor realizado. Tal processo possibilitou a aprovação da Resolução nº 5 de 2009 pelo Conselho Municipal, publicada em 2010<sup>13</sup>, que estabelece diretrizes para a implementação do processo de Educação Permanente para Conselheiros Gestores das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo. Porém, devido às mudanças políticas e administrativas ocorridas na época, o projeto não foi implantado, embora os cursos tenham continuado a ocorrer nas regiões, conforme a realidade local.

Atualmente o Município de São Paulo tem mais de 6.000 conselheiros gestores de saúde, distribuídos em 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e participantes em todas as unidades de saúde do território municipal. O grande desafio é desenvolver um projeto de Educação Permanente que atenda a necessidade desse contingente de conselheiros que se renovam a cada dois anos, mantendo os princípios pedagógicos descritos nesse texto.

Em outubro de 2013, a Escola Municipal de Saúde (EMS) retomou a discussão da educação permanente desses conselheiros e constituiu o Grupo de Trabalho da Educação Permanente para o Controle Social (GTEPCS), com participação do Conselho Municipal de Saúde, da Assessoria de Gestão Participativa e de representantes das Escolas Municipais Regionais, além de conselheiros do segmento gestor, trabalhadores e usuários. O grupo iniciou seu trabalho relatando as experiências locais, destacando os problemas e dificuldades para realização dos cursos e, principalmente, apontando a insuficiência das ações realizadas em dar conta das necessidades locais.

Com esse olhar ampliado e ancorado nos princípios pedagógicos da Educação Permanente, passou-se a desenvolver um trabalho educativo

centrado no processo de trabalho do Conselheiro Gestor, tendo como propósito melhorar a ação conselheira em todas as dimensões, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação de sua prática. Para tanto, foi desenvolvido um processo educativo de ação, reflexão e transformação das práticas, compartilhado entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários para a busca de soluções dos problemas locais – experiência que representou um marco referencial no planejamento da Educação Permanente a ser utilizada, possibilitando maior autonomia regional e ampliação de seu raio de alcance a todas as regiões da cidade, por meio da formação de facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social. Ao constituirmos este grupo de trabalho, assumimos o compromisso de engendrar esforços para a implantação efetiva de uma Educação Permanente para o Controle Social, acreditando que essa ferramenta tem poder de qualificar o processo de trabalho do Conselho Gestor.

Vale lembrar que a Educação Permanente não é apenas um “cardápio de cursos” oferecido continuamente, mas uma proposta contra hegemônica que rompe com o modelo escolar e que busca a desalienação do processo de trabalho. Para atingir seus objetivos é necessário sempre estar enfrentando obstáculos e percorrendo novos caminhos, por essa razão foram estabelecidas duas frentes de trabalho para: (1) trilhar um caminho que possibilitasse construir uma Política Municipal de Educação Permanente para o Controle Social; (2) elaborar um currículo a ser percorrido pelo conselheiro gestor e que utilizasse estratégias pedagógicas preconizadas pela Educação Permanente.

A primeira frente culminou com a elaboração do Documento Norteador para a Educação Permanente do Controle Social na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; a segunda culminou com a definição do quadro de competências

e habilidades do conselheiro gestor, orientando a construção do currículo e das estratégias pedagógicas que deveriam ser elaboradas por subgrupos montados para cada eixo temático. O documento norteador, o perfil de competências e habilidades e os roteiros pedagógicos elaborados foram aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde na Resolução nº 3 de 2016<sup>12</sup>.

Dessa forma, o grupo de trabalho, busca cumprir sua função de subsidiar as regiões na elaboração e execução do plano de Educação Permanente para o Controle Social, incluir esses planos no Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP) e pactuá-los nos contratos de gestão com as Organizações Sociais (OS) da área da Saúde. Com esse propósito, o grupo foi reconhecido e formalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução nº 7, Conselho Municipal de Saúde de 2016<sup>14</sup>, enquanto apoio à Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. A resolução estabelece que compete a esse grupo apoiar, orientar, propor e fiscalizar os Planos de Educação Permanente para o Controle Social em âmbito municipal.

Sempre orientados pela metodologia da problematização e tendo por princípio pedagógico o processo de trabalho e inspirados na concepção de currículo integrado, elaborou-se um material pedagógico para a formação dos facilitadores e para o apoio ao planejamento das ações educativas, utilizando o mapa conceitual construído a partir do perfil de competências e habilidades do conselheiro. Com essa ferramenta, foram estabelecidos os passos para o planejamento do trabalho, destacando metas prioritárias, habilidades do conselheiro e a importância da elaboração da ação educativa. Essas ações educativas partem da compreensão de que todo processo requer planejamento, desenho e execução a partir de uma análise estratégica, lembrando que uma

teoria distanciada da realidade atrapalha o desenvolvimento do próprio conselheiro. Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática deve, necessariamente, partir da revisão crítica das próprias práticas. Assim, promove-se autonomia e responsabilização dos grupos de trabalho em construir o diagnóstico e a busca de soluções compartilhadas, incluindo, a busca de novos conhecimentos e competências.

As regiões de Saúde do município de São Paulo têm realizado seus planos de Educação Permanente considerando as necessidades e prioridades locais e estimulando que o planejamento seja feito com a participação das unidades de saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde. A princípio, utilizou-se como referência o calendário de atividades dos conselhos de saúde, que incluía a eleição, a formulação do regimento interno, a preparação para conferências de saúde e as demais atividades. Posteriormente, foi desenvolvida uma metodologia de planejamento baseada em metas estratégicas definidas por cada Supervisão Técnica de Saúde e que constam no Plano Municipal de Saúde. Esse processo possibilitou desenhar um caminho mais efetivo e que subsidia as ações dos conselheiros; também permitiu que se descentralizasse a formação de facilitadores de Educação Permanente com a aprovação de resolução no Conselho Municipal de Saúde, determinando que ações educativas para o Controle Social devam ser desenvolvidas nas Coordenadorias Regionais de Saúde com participação do Conselho Municipal de Saúde, da Assessoria de Gestão Participativa, das Escolas Municipais de Saúde Regional e dos conselheiros dos três segmentos, atendendo, assim, as necessidades locais e promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitem aos Conselhos de Saúde cumprir sua missão. Nesta perspectiva, ficou definido que cada Supervisão Técnica de Saúde deveria ter um corpo de

facilitadores que pudessem servir de referência para o planejamento e execução de ações educativas que correspondam à realidade do território. Isso gerou, no período de 2014 a 2017 os seguintes resultados:

- 80% de planos de Educação Permanente desenvolvidos pelas Supervisões Técnicas de Saúde e apresentados aos Núcleos de Educação Permanente para compor o Plano Municipal de Educação Permanente, pactuado nos contratos de Gestão;
- 68% desses planos utilizaram metodologia de planejamento em sua confecção;
- 80% das regiões estão em processo de ampliar a formação de seus facilitadores;
- aprovação, pelo Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, de resolução que garante a capacitação de facilitadores, incluindo a metodologia de elaboração e execução desses planos;
- publicação das cartilhas “O Que É e Como Funciona o Conselho Gestor?”<sup>16</sup> e “Apoio Para o Planejamento das Ações de Educação Permanente Para o Controle Social: Qualificando a Participação na Gestão das Políticas Públicas de Saúde no Município de São Paulo”<sup>17</sup> – esta última contendo planilha de sugestão do passo a passo para o planejamento da Educação Permanente.

### Desafios do percurso

Muitos obstáculos foram ultrapassados, o que, por vezes, torna o caminho tortuoso. Ainda não há efetivação da Política de Gestão Participativa na Secretaria Municipal de Saúde e se mostra necessário investir no fortalecimento das Escolas Municipais Regionais para que, de fato, haja com autonomia local. Além disso, ainda é preciso estimular o envolvimento de vários atores: assessorias de gestão participativa,

técnicos das supervisões e coordenações de Saúde, usuários dos conselhos gestores e os representantes das ouvidorias.

O grande desafio dos facilitadores da Educação Permanente tem sido a promoção de espaços de discussão para nortear e fortalecer a participação enquanto ferramenta de gestão do SUS nas regiões. E, nesses espaços, ampliar a participação na elaboração dos planos de Educação Permanente construído por cada Supervisão Técnica de Saúde, considerando as particularidades de cada território, envolvendo os conselheiros gestores locais, a comunidade e suas lideranças, conforme as etapas determinadas na Resolução nº 11 de 2016<sup>15</sup> do Conselho Municipal de Saúde.

No enfrentamento cotidiano desses desafios a vivência reafirmou que é possível contribuir para a efetivação da Política de Gestão Participativa da Secretaria Municipal de Saúde em todas as suas esferas, reconhecendo a Educação Permanente como ferramenta que contribui para a qualificação do Controle Social.

A experiência acumulada após quatro anos também permite afirmar que o trabalho coletivo envolvendo atores sociais dos três segmentos, usuários, trabalhadores e gestores, foi um grande salto de qualidade para o fortalecimento do controle social nas regiões e, sobretudo, para a implementação da Política Municipal para o Controle Social na cidade de São Paulo.

A elaboração dos planos de Educação Permanente construído por cada Supervisão Técnica de Saúde, considerando as particularidades de cada território, envolvendo os conselheiros gestores, a comunidade e suas lideranças é um caminho que potencializa os espaços de discussão, norteia e fortalece a participação enquanto ferramenta de gestão do SUS.

Muitos caminhos ainda têm que ser trilhados, mas serão percorridos com a convicção de que a consolidação da democracia passa por

tomadas de decisões coletivas e pela participação social como forma de coibir as ingerências do Estado. É na dinâmica tensa da vida social que está a esperança e a possibilidade de defender, efetivar e aprofundar os preceitos democráticos e os direitos de cidadania.

### Referências

1. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicologia Educacional*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
2. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 19 set 1990. [acesso 3 out 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
3. Brasil. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 28 dez 1990. [acesso 3 out 2017]. Disponível em: [https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 44p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único – SUS*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 20p.
6. Carvalho GCM. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE, CEAP. 2007. 259p.
7. Donato AF. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *Formação dos Trabalhadores para o SUS*. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo. 2009; 48:5-14.
8. Faure E. *Aprender a Ser*. Lisboa: Bertrand; 1972.
9. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
10. Haddad J, Mojica MJ, Chang MI. *Proceso de educación permanente en salud*. *Educ Med Salud*. 1987; 21(1):11-29.
11. Saviani D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política*. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1984.
12. São Paulo. (município). Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 3, de 18 fevereiro de 2016. Resolve: aprovar o documento norteador para a Educação Permanente do controle social na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. 28 jul. 2016; 61(140):53. [acesso em: 12 ago 2017]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipID=ELIMPBKF37MR3e36FIGJHVH38FO&Pala vraChave=CMS>.
13. São Paulo. (município). Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 5, de 17 de setembro de 2009. Resolve: aprovar as Diretrizes para o Processo de Educação Permanente para Conselheiros Gestores das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. 28 set. 2010; 55(181):54. [acesso em: 12 ago. 2017]. Disponível em: <https://goo.gl/bryHVq>.
14. São Paulo. (município). Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 7, de 20 de outubro de 2009. Resolve: instituir o Grupo de Trabalho para Educação Permanente do Controle Social enquanto Grupo Permanente para apoio à Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. 10 nov. 2016; 61(221):27. [acesso em: 12 ago 2017]. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipId=7MEFJ27KP3JU1eF28JSAH21AOAM>.
15. São Paulo (município). Conselho Municipal de Saúde. Resoluções nº 11, de 20 de outubro de 2016. Resolve: instituir processo de elaboração, aprovação e execução dos Planos de Educação Permanente que possibilite a descentralização das decisões, dando maior autonomia às regiões, incluindo a participação dos conselhos de saúde na decisão, acompanhamento e prestação de contas das atividades realizadas e recursos utilizados. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. 19 nov 2016; 61(216):24. [acesso 3 out 2017]. <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipId=EIH6JB1KN3RH6e469L6RS G0L292>.
16. São Paulo (município). Secretaria da Saúde. *O que é e como funciona o conselho gestor no SUS*. [Cartilha]. São Paulo: SMS/PPM-SP; 2016. 110p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-11905>.
17. São Paulo (município). Apoio para o Planejamento das Ações de Educação Permanente para o Controle Social:



Qualificando a Participação na Gestão das Políticas Públicas de Saúde no Município de São Paulo. [cartilha]. São Paulo: SMS/PM-SP; 2017. 116p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-12464>.

18. Trigueiro D. Um novo mundo, uma nova educação. Rev. Bras. Est. Pedag. 1969; 51(113):501-510.

19. União das Nações Unidas para a Educação e Cultura (UNESCO). Aprender a ser: la educación del futuro. (Trad. Carmen Paredes de Castro). Madrid: Aliança, UNESCO; 1973. [acesso 12 set 2017]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001329/132984s.pdf>.

# A estratégia de Educação Permanente para a produção de redes de cuidado na atenção à saúde da pessoa em situação de violência na cidade de São Paulo

*The permanent education strategy for the production of care networks in healthcare for people in situations of violence in the city of São Paulo*

Fátima Madalena de Campos Lico<sup>I</sup>, Suely Yuriko Miyashiro Tápias<sup>II</sup>,  
Elaine Aparecida Lorenzato<sup>III</sup>, Maria Lucia Aparecida Scalco<sup>IV</sup>, Nelson Figueira Junior<sup>V</sup>

## Resumo

Esse artigo descreve o processo educativo que envolveu os profissionais das seis coordenadorias regionais de saúde, da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP), dos Núcleos de Prevenção das Violências e da rede intersetorial, para a implantação da linha de cuidado e construção da rede de atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência. Apresenta a relevância da Educação Permanente em Saúde como uma estratégia para potencializar os espaços de gestão de forma descentralizada, integrando os gestores e técnicos da SMS-SP, das Organizações Sociais e da rede intersetorial. Esse processo teve início em 2015, com a formação de um comitê executivo, responsável pela gestão e condução de um curso de aprimoramento e do processo educativo. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de ações educativas, fundamentado na metodologia da problematização. Participam do processo 1300 profissionais, possibilitando o fortalecimento de uma rede integrada de cuidado às pessoas em situação de violência; a consolidação dos fluxos assistenciais; de vigilância e competências de cada um dos níveis do cuidado; a criação de espaços de diálogo que estimulem iniciativas de promoção de saúde e identificação de estratégias de proteção e de garantia de direitos.

**Palavras-chave:** Violência; Rede de cuidado; Educação permanente

## Abstract

This article describes the educational process that involved professionals of six health coordinators, the Municipal Health Department of the Municipality of São Paulo (SMS-SP), the Centers for Prevention of Violence and the Intersectoral Network, for the implementation of the care line and construction of the comprehensive care network for the health of the person in a situation of violence. It presents a relevance of the Permanent Education in Health as a strategy to enhance the spaces of management in a decentralized way, integrating the managers and technicians of the SMS-SP, with the Social Organizations and with the Intersectoral Network. These process began in 2015, with the formation of an executive committee, responsible for the management and conduction of a professional development course and an educational process. It is a descriptive study, a kind of experience report of educational actions, based on the problematization methodology. There are in the process 1300 professionals, has enabled the strengthening of an integrated network of care for people in situations of violence; the consolidation of care flows, the surveillance and each competence with the level of care; the creation of dialogue spaces that inspires health promotion initiatives and the identification of protection strategies and guarantee of rights.

**Keywords:** Violence; Care network, Permanent education.

<sup>I</sup> Fátima Madalena de Campos Lico (fatimalico@gmail.com) é psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e atua na Escola Municipal de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo.

<sup>II</sup> Suely Yuriko Miyashiro Tápias (smiyashiro@prefeitura.sp.gov.br) é enfermeira Especialista em Saúde Pública da Coordenadoria Regional de Saúde Norte da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP).

<sup>III</sup> Elaine Aparecida Lorenzato (elorenzato@prefeitura.sp.gov.br) é psicóloga da Coordenadoria Regional de Saúde Norte da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP).

<sup>IV</sup> Maria Lucia Aparecida Scalco (mscalco@prefeitura.sp.gov.br) é psicóloga com Especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP-Ribeirão Preto) e em Doenças e Agravos Não Transmissíveis pela Coordenação de Vigilância em Saúde (DANT/CCD/COVISA) da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP).

<sup>V</sup> Nelson Figueira Junior (nelsonfigjunior@prefeitura.sp.gov.br) é psicólogo Especialista em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica (PUC Campinas) e Assessor Técnico da Área de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP).



### Introdução

As questões relativas às violências na sociedade contemporânea tornaram-se objeto de reflexão e de estudo em virtude de sua gravidade e magnitude. É um problema que afeta as diferentes camadas sociais e diferentes faixas etárias, devendo ser compreendido dentro dos marcos históricos socioeconômicos, políticos e culturais que vão determinar as desigualdades de poder nas relações de gênero, raça/cor, etnia e outras.

Neste cenário, vislumbram-se as dificuldades que envolvem a elaboração, execução e gestão de políticas públicas relacionadas ao tema. A violência impacta a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, gerando demandas para os mais diferentes setores como, por exemplo, o social, o educacional e a segurança pública.

Na saúde, resulta em altos custos, uma vez que o atendimento da pessoa que sofre violência envolve uma série de ações específicas de cuidado<sup>11</sup>. Diminuir o índice de morbimortalidade

causada pelas formas mais frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para o setor da saúde.

Em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomendou aos países membros, entre eles o Brasil, que incluíssem o tema do enfrentamento das violências em suas agendas. Em 1996, a 49ª Assembléia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em resposta a esta resolução, publicou, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde<sup>13</sup>, que representou uma importante contribuição para a compreensão do papel do setor saúde e revelando que, em todos os anos, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitos outros sofrem lesões graves por causas violentas.

No Brasil, para o enfrentamento deste problema no âmbito das três esferas de governo

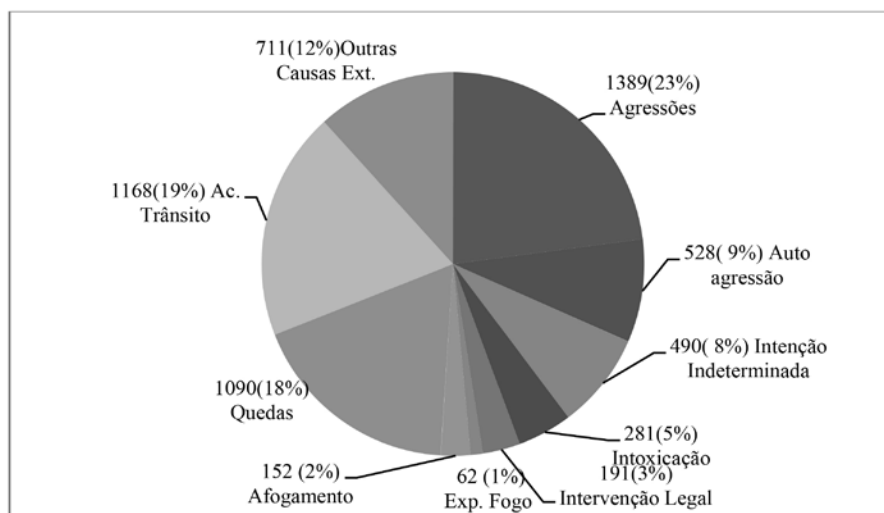
(federal, estadual e municipal) vem sendo produzido um conjunto de leis e portarias que buscam garantir as informações, o cuidado e a prevenção da violência.

Na cidade de São Paulo, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS-SP) e sua Área Temática de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, juntamente com sua Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) do Centro de Controle de Doenças (CCD) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), são responsáveis pela formulação de políticas públicas voltadas para minimizar o impacto das diversas formas de violência sobre os cidadãos no município.

A população do município de São Paulo é, conforme o Censo IBGE de 2010, de 11.253.503 de habitantes<sup>3</sup>: são 20% (2.336.636) de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade; 25% (2.908.499) de jovens na faixa etária de 15 a 29 anos de idade; e 11,89% (1.338.138) de idosos, acima dos 60 anos. Do total de habitantes, 60,64% se auto refere como de cor branca, 30,51% de cor parda, 6,54% de cor preta, 2,19% de cor amarela, 0,12% de indígenas<sup>3</sup>.

No que se refere ao problema da violência, analisando os dados de mortalidade do município tem-se que, do total de 75.298 mortes, em 2015, 6.062 (8,05%) foram por causas externas (violências e acidentes), distribuídas em (Gráfico 1):

**Gráfico 1** - Distribuição de nº de Mortes por Tipo de Causa Externa Município de São Paulo, 2015.



Fonte: SIM/PROAIM – 2015- SMS-SP/COVISA/CCD/ DANT-2017

Na comparação com as mortes por “causas externas” ocorridas em 2011 (Tabela 1), observa-se uma diminuição de 38,75% de “eventos de intenção indeterminada”, provavelmente devido à qualificação da informação por parte do Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade

(PROAIM) da SMS-SP. Chama a atenção o aumento de mais 170% das mortes por intoxicação; o aumento de 8,5% e de 29% nas mortes por afogamento e por quedas, respectivamente. Há também um importante aumento de 44% de mortes por intervenção legal.



**Tabela 1** - Variação do nº de Mortes por Causas Externas nos Anos de 2011 e 2015

morte por causas externas	2011	2015	Variação
causa ext. indeterminada	800	490	diminuição de 38,75%
envenenamento, intoxicação	104	281	aumento de mais de 170%
expiraç fumaça, fogo, chamas	63	62	manteve-se
afogamento e submersão	139	152	aumento de 8,5%
quedas	845	1090	aumento de 29%
lesões autoprovocadas	538	528	manteve-se
acidentes trânsito e transporte	1545	1168	diminuição de 25%
agressões gerais	1392	1389	manteve-se
intervenção legal	132	191	aumento de 44%
(total agressões gerais + interv. legal)	1524	1580	aumento de 3,7 (desprezível)
outras	644	711	aumento de 10,4%
Total geral	6202	6062	queda de 2,2 (desprezível)

Fonte: SIM/PROAIM, 2015; SMS-SP;COVISA;CCD;DANT; 2017

Destaca-se, no conjunto das mortes por agressão, o aumento de 44% do número de “intervenção legal” do sexo masculino (Tabela 2). Nessa situação as mortes de pessoas negras representam 121 (63,4%) casos do total; as da faixa etária de 15 a 29 anos de idade representam 159 (83%) e as de jovens negros de 15 a 29 anos totalizam 101 (53%).

**Tabela 2** - Mortes por Intervenção Legal do Sexo Masculino, por faixa etária e raça/cor, 2015.**Município de São Paulo**

Faixa etária	Branca	Preta	Parda	Não inform.	Total
< 1 ano	-	-	-	-	-
01/abr	-	-	-	-	-
05/set	-	-	-	-	-
out/14	-	1	2	-	3
15 - 19	27	8	45	-	80
20 - 29	30	5	43	1	79
30 - 39	6	1	9	-	16
40 - 49	2	-	1	-	3
50 - 59	1	-	2	-	3
60 - 69	2	-	-	-	2
70 - 79	-	-	1	-	1
80 e +	-	-	-	-	-
lgn	1	-	3	-	4
total	69	15	106	1	191

Fonte: SIM /PROAIM - 2015 - SMS-SP/COVISA/CCD/DANT-2017

Diante da magnitude e da complexidade do problema da violência na cidade, a SMS-SP vem desenvolvendo várias ações; entre elas, destaca-se a criação dos Núcleos de Prevenção de Violência. Esses núcleos foram instituídos em todas as unidades de saúde, pela Portaria nº 1.300/2015 do município<sup>15</sup>, e correspondem às equipes de referência do serviço de saúde responsáveis pela organização do cuidado e da articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz. Essas equipes de profissionais são responsáveis pelo processo educativo e articulação da rede de proteção nos territórios.

Outra ação a ser destacada, foi a elaboração, por meio de um grupo de trabalho, da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência, em 2015. A construção dessa linha foi um grande passo na consolidação da política de atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência, em todas as esferas da SMS-SP. Seu documento é composto pelos capítulos: apresentação; introdução; prevenção da violência e promoção da cultura de paz; definição, tipos e naturezas da violência; Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência; vigilância em saúde; atendimento à pessoa em situação de risco ao suicídio; atendimento à pessoa em situação de violência sexual; cuidado em relação aos ofensores; áreas técnicas; competências; redes; avaliação; e monitoramento<sup>14</sup>.

A linha de cuidado visa orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, de forma a estabelecer fluxos assistenciais, para o cuidado ininterrupto, corresponsabilização de diferentes atores e resoluibilidade da assistência. Busca ainda estabelecer as competências de cada um dos níveis do cuidado, assim como contribuir para as ações de proteção exigindo para isso a interação com os demais sistemas na garantia de direitos.

Para sua implantação, foi desencadeado, juntamente com a Escola Municipal de Saúde, um processo de educação permanente, objeto desse artigo.

### ***A estratégia da Educação Permanente para a implantação da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência***

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe provocar mudanças a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços<sup>2</sup>.

Os objetivos dos processos da educação permanente são a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde<sup>6</sup>.

Considerando a possibilidade de a educação operar no mundo das relações de ensino/aprendizagem como dispositivo, ou seja, “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, e que atualiza virtualidades e inventa o novo” (p.135)<sup>1</sup>, pressupõe-se que a ação pedagógica pode disparar processos subjetivos, associados aos de cognição (p.187)<sup>8</sup>. Nessa perspectiva, os processos educacionais podem contribuir na produção de sujeitos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la.

A subjetividade é estruturada a partir da história de vida, das experiências, dos valores adquiridos e vão determinar certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Para Merhy<sup>10</sup> a subjetividade define que o trabalhador aja de um modo ou de outro.

Além da subjetividade, contribui também para a forma de agir frente ao trabalho, a implicação com o objeto, no caso, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona. Segundo Merhy<sup>10</sup>, a subjetividade e a implicação estão presentes em todo o processo assistencial, de produção pedagógica e da saúde. O autor considera que os processos educacionais só serão eficazes se operarem mudanças nas subjetividades dos trabalhadores (p. 189)<sup>8</sup>.

Para provocar processos de subjetivação a Educação Permanente em Saúde deve implicar os sujeitos com o seu próprio processo de trabalho, com o desafio de pensar uma nova forma pedagógica amarrada com a intervenção, e tendo como centro do processo pedagógico “a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual, e coletivo, em si e em equipe” (p.174)<sup>9</sup>.

Essa educação se insere em uma necessária construção de relações e processos

*“...que vão do interior das equipes em atuação conjunta, - implicando seus agentes -, às práticas organizacionais, - implicando a instituição e/ou o setor saúde -, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (p.161)<sup>7</sup>.*

Fundamentado no referencial teórico exposto, foi desenvolvido o processo de educação permanente para a implantação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência.

### Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de ações educativas, fundamentado na estratégia de educação permanente e na metodologia da problematização, que

envolveu profissionais de saúde que atuam como interlocutores da área Técnica de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência e nos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde.

O processo de educação permanente para implantação desta linha teve início em 6 de agosto de 2016, com a realização de um curso de aprimoramento destinado aos interlocutores das 6 coordenadorias regionais de saúde e das 26 supervisões técnicas de saúde da SMS-SP.

O curso foi desenvolvido a partir da combinação de ofertas teóricas, discussão de casos e práticas de intervenção, com momentos de concentração e dispersão, buscando estimular a reflexão e a troca de experiências entre os profissionais e entre a rede de proteção existente nos territórios das regiões de saúde. Criou-se, assim, um campo aberto ao diálogo e à elaboração de eventuais divergências, favorecendo a compreensão e a integração de novos conceitos e paradigmas e contribuindo para produção de novas subjetividades e para o processo de cuidado integral às pessoas em situação de violência nos territórios<sup>5</sup>.

A produção de subjetividade pressupõe a aproximação dos atores envolvidos na produção da saúde (gestores, trabalhadores e usuários), resultando em uma gestão democrática e participativa nas políticas e nos serviços de saúde, que envolve, a um só tempo, processos coletivos e individuais que mobilizam e transformam os sujeitos participantes do processo<sup>5</sup>.

Para o planejamento do curso foi constituído um grupo de trabalho composto por profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – representantes das coordenadorias regionais de saúde, das áreas técnicas da Atenção Primária da SMS-SP, da Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da COVISA, da Coordenação de

Epidemiologia e Informação (CEInfo) e da Escola Municipal de Saúde.

Para a capacitação pedagógica dos facilitadores de aprendizagem e planejamento das aulas do curso, foi constituído um grupo denominado Grupo de Educação Permanente, composto pelo coordenador e interlocutores da Área Técnica de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência da SMS-SP e das seis CRS, representantes da DANT/COVISA, da Escola Municipal de Saúde e das 6 escolas municipais de saúde das regiões norte, centro, leste, sudeste, oeste e sul.

Considerando o bloco temático do curso, os conteúdos teóricos foram organizados em “oferta comum” pelos facilitadores de aprendizagem, visando o aprofundamento dos temas e as “ofertas singulares”, que consistiram em apresentação e discussão de casos de violência contra crianças, adolescentes, idosos e populações vulneráveis atendidos nos serviços e, ainda, em conteúdos originados das necessidades de cada grupo. Para cada encontro foi elaborado um Termo de Referência pelo Grupo de Educação Permanente, para subsidiar as discussões nos momentos de concentração. Nos momentos de dispersão os interlocutores reproduziam ou elaboravam novos termos de referências, considerando as singularidades dos encontros realizados no território das supervisões.

As dispersões compreenderam as atividades de campo, realizadas mensalmente nos territórios das Supervisões Técnicas de Saúde, pelos facilitadores de aprendizagem, ou seja, os interlocutores da assistência e vigilância das coordenações e supervisões, com a participação dos profissionais de saúde dos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde dos serviços de saúde das seis 6 Coordenadorias Regionais de Saúde e dos profissionais das redes de proteção intersetoriais das supervisões.

O objetivo da dispersão foi ampliar a oferta conceitual para subsidiar as discussões de

casos, implantar o fluxo da linha de cuidado, bem como, organizar o atendimento, criar estratégias para fortalecer o cuidado integral nos serviços das pessoas em risco ou situação de violência e fortalecer ou construir a rede de proteção às pessoas em situação de violência nos territórios.

### **Estratégias metodológicas**

Foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas:

- plenárias com especialista:

Evento semestral com 4 horas de duração que permitia, a partir das necessidades dos participantes do curso (profissionais de saúde e facilitadores de aprendizagem), a identificação de temas e docentes para exposição dialogada ou debate. Desta forma, foram introduzidos novos conceitos para subsidiar as discussões de casos e aprofundar as diversas temáticas relacionadas à implantação da linha de cuidado de atenção integral à pessoa em situação de violência.

- rodas de debate:

Realizadas trimestralmente no estúdio da Escola Municipal de Saúde e transmitidas pela TV Canal Profissional - São Paulo Saudável, com participação dos profissionais dos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde dos serviços de saúde participaram assistindo a roda de debate e enviando perguntas ao vivo para os profissionais.

- educação à distância (EAD):

Foi desenvolvido conteúdo de EAD, em complemento ao curso presencial, utilizando a plataforma Moodle para disponibilização de material didático e das avaliações.

- narrativas:

As narrativas foram propostas com o objetivo de relatar ações, experiências, sentimentos e



reações às mudanças durante o processo em desenvolvimento. As narrativas são cada vez mais frequentes em estudos qualitativos para compreender experiências e diferentes visões de sujeitos num dado contexto<sup>12</sup>.

- plano de intervenção:

Foi proposta a elaboração, por cada supervisão de planos de intervenção, ao final do processo pedagógico, com a finalidade de implantar a linha de cuidado e fortalecer os Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde.

- seminário:

Foi agendado ao final do curso, visando apresentar os planos de intervenção de cada supervisão elaborados pelos participantes e para realizar a avaliação de todo o processo.

### Resultados e discussão

O processo de educação permanente desencadeado para implantação da linha de cuidado teve como base a reorganização do trabalho dos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde e a formação da rede protetiva. Participaram deste processo 1.300 profissionais, envolvendo trabalhadores dos núcleos, interlocutores das coordenações regionais de saúde, das supervisões técnicas de saúde e da rede protetiva existente nos territórios das regiões abrangidas pelo curso. O processo educativo demonstrou que a ação dos coletivos de trabalhadores envolvidos possibilitou criar um novo modo de significar o mundo do trabalho e buscar uma nova forma de produção de cuidado.

A experiência vem possibilitando o fortalecimento de uma rede integrada de cuidado à pessoa em situação de violência, com a criação de espaços de diálogo, estimulando iniciativas de promoção de saúde e identificação de estratégias de proteção e de garantia de direitos.

O processo de educação permanente em saúde mostrou a necessidade de rever fluxos assistenciais e definir competências de cada um dos níveis do cuidado. Na região sul, foi desencadeado um processo de discussão envolvendo a Promotora Pública e a Vara da Infância local, propondo um novo fluxo para o atendimento da criança e adolescentes vítimas da violência sexual e discussão sobre indicadores para monitoramento e avaliação das ações dos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde.

Na região centro, foi levantada a necessidade de organizar rodas de conversas e capacitação na área de violência de gênero, envolvendo parcerias com a universidade para o empoderamento das mulheres. Assim, durante o processo de educação permanente, foi identificada a importância de ações educativas voltadas para homens autores de agressão e ações foram disparadas nas regiões, visando a sensibilização dos profissionais dos serviços sobre esse tema. Isso motivou que na região norte fosse planejado um grupo educativo destinado aos homens autores de agressão.

Esse processo de educação permanente também tem facilitado a integração da assistência e vigilância em saúde com foco nas situações de violência, possibilitando aprimorar a qualidade da informação, rever fluxos, estabelecer ações e ampliar conhecimento, no que se refere à notificação de violência, à organização de diagnósticos locais e de base territorial, ao estabelecimento de ações de monitoramento e a pronta ação, principalmente nas situações de violência sexual e autoagressões<sup>4</sup>.

Considerando a questão da violência, a notificação é um dos instrumentos de defesa da garantia de direitos, estabelecida por legislação municipal, estadual e federal. Ela tem como objetivos gerar informações para a compreensão desse fenômeno por parte do setor saúde, apoiar

a organização dos serviços para responder com o cuidado necessário frente à sua ocorrência e apoiar a formação das redes de prevenção, promoção e proteção intersetoriais.

Há ainda muito que se trabalhar no sentido da melhoria da informação, tanto no aumento do número e completude dos registros no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) (Tabela 3), como também na integração com banco de dados de outras áreas e setores.

A informação é um dos instrumentos da Vigilância às violências, que deve ser pensada de forma ampla, com ações voltadas ao coletivo e trabalhadas de forma participativa, a partir dos territórios onde as desigualdades sociais propiciam as maiores e sobrepostas vulnerabilidades. O processo de educação permanente em saúde, que integra saberes e práticas da assistência, vigilância e promoção de saúde vem fortalecendo a presença da vigilância de violências no dia a dia dos serviços e dos territórios.

**Tabela 3** - Comparativo de nº de Notificações por Tipo de Violência,

**Primeiro Semestre de 2016 e 2017. Município de São Paulo.**

	1ºSem. 2016	1ºSem. 2017	Variação 2017-2016
Not. Violência	8474	11749	+38%
Autoagressão	840	1741	+107%
Viol. Sexual	575	839	+45%

Fonte: SINAN - SMS-SP/COVISA/CCD/DANT. Dados atualizados em 25/07/2017

Pode-se verificar, ainda, mudanças na produção do cuidado e nos trabalhadores envolvidos. Inicialmente os participantes desse processo, manifestavam angústia e inseguranças para utilização da estratégia de educação permanente. Houve momentos de avanços e também de retrocessos, sendo necessário muitas vezes retomar os objetivos e metodologias propostas para o curso. Um paradoxo evidenciado no processo foi adotar a Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão e movimentos do grupo de facilitadores, com o objetivo de disparar processos educacionais considerados tradicionalmente mais eficazes, no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores.

Os facilitadores de aprendizagem manifestavam a necessidade de aprofundar seus conhecimentos teóricos e de convidar docentes/ especialistas para a desenvolverem aulas expositivas. Uma proposta discutida conjuntamente foi à constituição do grupo de educação permanente que contribuiu para o aprofundamento e a vivência da metodologia proposta e dos aportes teóricos. Com

o desenvolvimento do processo pode-se observar mudanças positivas, as angústias e inseguranças foram diminuindo e o grupo de facilitadores adquiriu maior autonomia para desencadear ações pedagógicas com potencial para mudanças das práticas. Conforme aponta Franco<sup>8</sup> “trabalho, ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção de saúde como processos de cognição e subjetivação, e acontecem simultaneamente como expressão da realidade” (p.186)<sup>8</sup>.

Foi necessário, ainda, rever algumas estratégias pedagógicas adotadas, como por exemplo a elaboração das narrativas e a utilização da plataforma Moodle como repositório. Constatou-se que, além das dificuldades temporais, nem todos os profissionais possuíam habilidades para a utilização de ferramentas virtuais, de modo que ainda se faz necessária a instrução para o desenvolvimento de competências, para assimilação dessas novas tecnologias.

As narrativas, introduzidas com a finalidade de conhecer e analisar o processo individual de aprendizagem dos participantes do curso

e de avaliar o processo educativo, não tiveram aceitação pela maioria do grupo. Assim, foram reduzidas e sua proposta modificada, optando-se por utilizá-las apenas para relatos de processos cognitivos de aprendizagem e nas rodas de debate com especialistas no tema violência.

O processo de educação permanente vem possibilitando consolidar e fortalecer as ações intersetoriais. Nesse sentido, o Grupo de Estudo de Violência Doméstica (GEVIDE) do Ministério Público de São Paulo vem planejando, com as coordenações regionais de saúde Centro e Leste, ações educativas destinadas aos agentes comunitários de saúde. Também desencadeou reuniões com as coordenadorias para definir fluxos e discutir as atribuições dos Serviços de Proteção às Vítimas de Violência (SPVV) da Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento e dos Núcleos de Prevenção de Violência na Atenção Primária à Saúde.

As diversas iniciativas desencadeadas no processo de educação permanente para a implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência evidenciam que o SUS, pela sua dimensão e amplitude, capilaridade social e diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, principalmente nos lugares de produção de saúde, é um lugar rico e privilegiado para o ensino e aprendizagem e para a ação criativa dos trabalhadores de saúde<sup>8</sup>. Os atores sociais implicados na construção do SUS produzem diversas propostas de cuidado para a saúde, portanto, é preciso criar e desenvolver processos pedagógicos que possibilitem produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde<sup>8</sup>.

### Considerações finais

A Educação Permanente em Saúde considera o trabalho como nuclear à ação pedagógica. As

unidades de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, unidades de produção pedagógica, promovendo o protagonismo dos trabalhadores da saúde, da gestão, do ensino e do controle social. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores produzem atos de cuidado, mudando a realidade, também produzem a si mesmos como sujeitos. A Educação Permanente em Saúde traz, em si, a potência da mudança nos trabalhadores, nos usuários e no processo de produção do cuidado.

Partindo desses pressupostos, o objetivo, ao adotar a estratégia de educação permanente para a implantação da linha de cuidado, foi organizar a ação, direcionando-a para mudanças no nível organizacional, técnico-assistencial, das relações com a equipe e, ainda, nas formas de acolher e responsabilizar-se pelo usuário.

A implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência ocorreu de forma diferente nas coordenadorias regionais de saúde, em função das especificidades locais e subjetividades dos atores sociais envolvidos nesse processo.

Foram grandes os avanços alcançados na compreensão e utilização da estratégia de educação permanente. O processo possibilitou o protagonismo dos trabalhadores de saúde para desenvolverem ações de prevenção, de assistência, de vigilância e de promoção da autonomia das pessoas em situação de violência. Propiciou também conhecer o território e o seu perfil epidemiológico e promover a articulação intersetorial para definição de fluxos e competências nos diferentes níveis da assistência. A partir dos diagnósticos epidemiológicos realizados, os profissionais, juntamente com a rede de proteção, propuseram projetos de intervenção para o enfrentamento das violências a que estão submetidos os diferentes grupos vulneráveis nos territórios.

Finalizando, os processos de mudança nos serviços de saúde do SUS, especialmente nas

formas de produção do cuidado, a partir da reorganização do processo de trabalho, deve ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela é tida como uma metodologia eficaz para agregar novos conhecimentos às equipes e torná-las protagonistas dos processos de produção de cuidado na saúde.

### Referências

1. Baremblyt G. Compêndio de análise institucional. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde, 2006, (9). Brasília – DF, 2009.
3. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo demográfico 2010. São Paulo, 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 - Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
5. Campos GWSd. Método para apoio a coletivos organizados para a produção: a capacidade de análise e de intervenção. In: Campos GWSd. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição dos sujeitos, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo. ed. Hucitec, 2000. (Saúde e, Debate; 131).
6. Ceccim RB, Feuerwerker LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Pyhsis, Rev. Saúde Coletiva*, 2004, 1(14):41-65, Rio de Janeiro, jan.- jun.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação* 2005, 16 (9): 161 - 8, Botucatu, set. – fev.
8. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos, 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013, 361.p.(Saúde e Debate).
9. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – comunicação, saúde, educação* 2005, 16 (9):172 - 4, Botucatu, set. –fev.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
11. Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
12. Onocko-campos RT, Palombini ALd, Leal E, Serpa Junior ODD, Baccari IOP, Ferrer AL et,al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18 (10):2847 -2857.
13. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre violência e saúde. [World report on violence and health]. Genebra: OMS, 2002.
14. São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. São Paulo, 2015.
15. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Gabinete do Secretário. Portaria Nº 1300/2015- SMS. G. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2015.



# Educação para o SUS: avaliação de um Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva na perspectiva de seus egressos

*Education for Brazilian Public Health System: evaluation of a Public Health Professional Enhancement Program from graduate's perspective*

Luiza Sterman Heimann<sup>I</sup>, Márcio Derbli<sup>II</sup>, Aparecida Natália Rodrigues<sup>III</sup>

## Resumo

Esta pesquisa avaliou o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde a partir da percepção dos egressos dos anos 2010 a 2016, considerando sua trajetória profissional e sua inserção no mercado de trabalho, por meio de um estudo de natureza avaliativa que utilizou métodos quali-quantitativos para levantamento dos dados. A análise do material obtido foi pautada pela Análise de Conteúdo, no que se refere à dimensão qualitativa, e pela Análise de Frequência dos dados quantitativos. Entre os resultados, destacam-se: a importância atribuída pelos egressos ao programa em sua formação profissional, em função do desenvolvimento de uma visão crítica sobre a realidade do ambiente de trabalho e de habilidades para uso de ferramentas importantes (como instrumentos de avaliação, por exemplo) na prática profissional no campo da Saúde Coletiva. Ainda em relação à formação, os dados apontam para a necessidade da revisão dos currículos das graduações da área da Saúde quanto ao ensino dos princípios do SUS, sua lógica de organização e funcionamento.

**Palavras-chave:** Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Capacitação em Serviço; Educação e Pós-Graduação em Saúde.

## Abstract

This study evaluated the Professional Enhancement Program of the Health Institute based on the perception of the graduates from the years 2010 to 2016, considering their professional trajectory and their insertion in the labor market, through an evaluation study using qualitative and quantitative methods for data collection. The analysis of the material obtained based on the Content Analysis, regard to the qualitative dimension, and by the Frequency Analysis of the quantitative data. Among the results, we found its importance attributed by the graduates to the program in their professional training, due to the development of a critical view about the reality of the work environment and the skills to use important tools (such as evaluation tools) at professional practice in the field of Public Health. Still in relation to training, data point to necessity to review the curricula of health graduations regarding the teaching of SUS principles, its logic of organization and functioning.

**Keywords:** Health human resource training; Inservice training; Education; Graduate.

<sup>I</sup> Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela Universidade Harvard, nos Estados Unidos, e em Saúde Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É diretora de Departamento Técnico de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Márcio Derbli (marcioderbli@isaude.sp.gov.br) é jornalista, Especialista em Jornalismo Científico pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico do Instituto de Saúde.

<sup>III</sup> Aparecida Natália Rodrigues (natalia@isaude.sp.gov.br) é formada em Engenharia Civil, especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e assistente técnica de pesquisa do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional do Instituto de Saúde.



### Introdução

O Instituto de Saúde (IS), um dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), tem como missão contribuir para a formulação e avaliação de políticas públicas de saúde no âmbito da SES-SP, contribuir para a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e prestar assessoria visando responder às necessidades regionais e locais do sistema e da saúde da população. A instituição desenvolve os seguintes programas de formação profissional em Saúde voltada para o SUS: Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva e em Avaliação de Tecnologia de Saúde, Mestrado Profissional, Estágios e CurSUS - Cursos de atualização para o SUS de curta duração.

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) foi criado em 1979, pelo Decreto Estadual nº 13.919. O PAP é definido como modalidade de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu* e foi concebido como um instrumento do governo do Estado

de São Paulo para estimular a formação de recursos humanos para atuarem no âmbito do Poder Público, baseada no treinamento em serviço, sob supervisão de profissionais qualificados<sup>4,2</sup>.

A gestão do PAP era de responsabilidade da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), criada nos anos 70 pelo governo do Estado de São Paulo, com o objetivo de ser um órgão capaz de auxiliar na reformulação do sistema de administração, promover a constante atualização das práticas administrativas no setor público por meio da realização de atividades de ensino, pesquisa e assistência técnica de forma integrada. Em 2016, a FUNDAP foi extinta pelo governo estadual e a gestão do PAP foi assumida pelas diversas Secretarias de Governo.

O Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde (PAP/IS) foi implantado em 1979, com caráter teórico-prático e multiprofissional, com o objetivo de formar recursos humanos (exceto profissionais médicos) para o

desenvolvimento de Pesquisa em Saúde Coletiva<sup>4</sup>. A partir de 2009, com a publicação do Decreto nº 55.004, a estrutura organizacional do IS foi atualizada de acordo com as novas atribuições e competências da SES-SP advindas da implementação do SUS-SP.

O PAP/IS encontra-se estruturado para ser desenvolvido no período de um ano, sendo dividido entre atividades teóricas e práticas. Na dimensão teórica, é realizado um curso composto pelas seguintes disciplinas: Ciências Sociais em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia e Educação em Saúde, além de outras disciplinas oferecidas conforme as demandas do componente prático do programa

O componente prático do programa é estabelecido pela coordenação do PAP/IS, que nos últimos anos firmou uma parceria com o Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) para identificar demandas de municípios do Estado, que são eleitas como objetos para investigação e estruturar trabalhos de campo, sob a supervisão dos pesquisadores do IS, para pesquisa e busca de soluções frente aos problemas identificados. Desde 2009, o PAP/IS atuou nos seguintes municípios: Embu das Artes (2009-2012), Santos (2013) e Franco da Rocha (2014-2017).

Em 2014, o Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde (NAPATS) do IS apresentou para a SES-SP e para a FUNDAP uma proposta ampliando o escopo do PAP/IS com a inclusão da modalidade de Avaliação de Tecnologia de Saúde (ATS). O objetivo da nova modalidade é a formação de profissionais de saúde para atuarem com ATS nos diferentes serviços e instâncias do SUS-SP, desenvolvendo competências para a elaboração de pareceres técnico-científicos, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para a incorporação de tecnologias no SUS.

O conteúdo programático do PAP/IS/ATS, aprovado pelas instâncias superiores, se desenvolve em sete disciplinas: Introdução à Saúde Coletiva, Políticas Públicas, Introdução à Avaliação de Tecnologias de Saúde, Determinação dos Efeitos das Intervenções em Saúde, Pergunta de Investigação e Bases de Dados, Avaliações Econômicas, Protocolos Clínicos, Diretrizes Terapêuticas e Políticas de Cobertura.

Embora o PAP/IS possa ser considerado um programa de sucesso, conforme alguns estudos vêm apontando<sup>3,5</sup>, sua natureza jurídica sempre foi objeto de polêmica, uma vez que sua legitimidade enquanto título acadêmico não é facilmente reconhecida fora do âmbito do Estado de São Paulo. Desta forma, diversas instâncias governamentais, inclusive o Instituto de Saúde, buscavam a transformação do PAP em um Programa de Especialização dentro dos moldes jurídicos e pedagógicos aceitos nacionalmente e validados pelos órgãos de competência.

A partir de 2015 a SES-SP organizou uma comissão visando construir um projeto de Especialização em Saúde que atendesse a todas as modalidades contidas nos diversos Programas de Aprimoramento Profissional executados em seu âmbito.

A extinção da FUNDAP acabou por catalisar o processo de implementação dos cursos de Especialização, especialmente no IS. Assim, a partir de 2017, o programa entrou em fase de transição adaptando sua configuração para o modelo de Especialização. No mesmo ano, o programa de Especialização foi aprovado pelo Conselho Estadual de Educação e a próxima turma, em 2018, receberá a titulação de Especialista em Saúde Coletiva.

A implementação desta nova fase do programa enseja, portanto, uma avaliação sobre o impacto do PAP/IS na formação em Saúde e,

especificamente sobre seu papel na formação de recursos humanos para o SUS.

O objetivo deste estudo foi avaliar a contribuição do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP/IS) na formação, na trajetória profissional e na inserção no mercado de trabalho dos egressos dos anos 2010 a 2016.

### **Procedimentos metodológicos**

Trata-se de um estudo de natureza avaliativa que utilizou métodos quali-quantitativos para levantamento dos dados. A análise do material obtido foi pautada pela Análise de Conteúdo<sup>1</sup> no que se refere à dimensão qualitativa e pela Análise de Frequência dos dados quantitativos.

Como fonte primária de dados utilizou-se um Questionário online e como fonte secundária, a Ficha de Inscrição do processo de seleção para o PAP/IS.

Das Fichas de Inscrição foram coletados os dados para definir o perfil sócio demográfico dos egressos. A partir do levantamento das fichas, identificou-se que, entre 2010 a 2016, 110 alunos do PAP/IS se formaram na área de Saúde Coletiva e quatro, na área de Avaliação de Tecnologia de Saúde.

O Questionário online foi composto por 20 questões, sendo nove fechadas e 11 abertas, e abordava as seguintes questões: percurso profissional e acadêmico após a conclusão do PAP/IS; avaliação sobre as disciplinas do programa e o trabalho de campo desenvolvido e sugestões para o aperfeiçoamento do programa.

Na primeira tentativa de envio do questionário online, 10,91% (12) dos e-mails retornaram, enquanto 22,73% (25) responderam prontamente às questões. A segunda abordagem para localização dos egressos foi realizada via celular e telefone fixo, recebendo mais 43 (39,09%) de respostas. A terceira e última abordagem foi por

meio das redes sociais (*Facebook* e *Messenger*), recebendo mais 21 respostas (19,09%). Egressos que foram localizados e não responderam ao questionário representaram 10,0% (11) e os que não foram localizados 10,91% (12). A taxa de questionários respondidos atingiu 83,63% (89).

O Questionário online foi enviado aos egressos juntamente com um ofício, explicando os objetivos do estudo, o respeito aos preceitos éticos de pesquisa e solicitando a participação.

### **Resultados**

#### **Perfil dos egressos**

Pelo levantamento dos dados secundários, foi possível constatar que a grande maioria dos egressos no período de 2010 a 2016 foi formada por mulheres. Do total de 110, 90 (81,8%) são mulheres para apenas 20 (18,2%) homens. Em relação à idade, 89 (80,9%) tinham de 20 a 29 anos, seguidos por 18 (16,4%) na faixa etária de 30 a 39 anos, sendo dois (1,8%) entre 40 a 49 e finalmente um (0,9%) na faixa de 50 ou mais.

A faixa etária que concentrou o maior número de alunos, ou seja 80,9% foi a de 20 a 29 anos. Isto se explica, em parte, por uma das principais exigências do processo seletivo do PAP/IS até 2014, a saber, a conclusão do curso superior a, no máximo, dois anos. Posteriormente esta restrição quanto ao tempo de formação foi extinta.

O perfil acadêmico dos 110 ex-aprimorandos do PAP/IS caracterizou-se de acordo com a natureza (pública ou privada), estado e município da instituição de ensino de graduação de que eram provenientes, da seguinte forma: 52,7% (58) provieram de universidades de natureza privada, contrapondo-se aos 47,3% (52) de instituições públicas de ensino.

Entre as instituições de ensino mencionadas, 77,3% (85) localizavam-se na capital de São Paulo, 9,1% (10) eram do interior de São Paulo,



8,2% (9) de Santos, 1,8% (2) da Região Metropolitana de São Paulo e 3,7% (04) de outros estados da Federação, a saber: Acre (01), Paraná (01), Bahia (01) e Sergipe (01).

Os cursos de origem dos egressos do PAP/IS apontaram para as seguintes frequências de áreas de concentração: 31,81% da Psicologia, 29,09% da Enfermagem, 10% da Fisioterapia, 10% da Obstetrícia e 7,27% da Nutrição.

### Ocupação Profissional

De acordo com os dados do Questionário, verificou-se que 71,9% dos egressos afirmam atuar na área da Saúde, sendo que 55,05% trabalham diretamente, 13,48% fazem pesquisas ligadas à Saúde e 3,37% ingressaram em Programas de Residência Multiprofissional. Responderam trabalhar fora da área da Saúde 20,22% dos egressos e apenas 5,61% afirmaram não trabalhar ou estudar, enquanto 4,49% não responderam.

### Avaliação do PAP/IS pelos egressos

- análise de conteúdo:

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos pelo método da Análise de Conteúdo, de acordo com Bardin<sup>1</sup>, das respostas às questões abertas do Questionário que versavam sobre os seguintes temas: (I) Formação Teórica: importância dos conteúdos teóricos das disciplinas do PAP/IS, (II) Relevância do Trabalho de Campo para a formação e o exercício profissional do egresso.

Para cada uma das perguntas foram definidas categorias de análise, em função da frequência das palavras chave identificadas, da forma que se segue:

#### 1. formação teórica

Inicialmente procurou-se avaliar a relevância para o exercício profissional atribuída pelos egressos às disciplinas do PAP/IS. A frequência das menções (diretas ou indiretas) ao nome das disciplinas foi relacionada a quatro categorias

definidas: a) *Relevância*: eleição da(s) disciplina(s) considerada(s) prioritária(s) para o exercício profissional b) *inserção no mercado de trabalho*: como os conhecimentos adquiridos foram facilitadores da inserção profissional, c) *desempenho no trabalho*: o quanto a aquisição de habilidades, conhecimentos e técnicas favoreceram a prática profissional. d) *processo de trabalho*: em que medida os conhecimentos adquiridos subsidiaram a aprendizagem quanto à postura e raciocínio crítico na atuação profissional.

#### a) relevância:

Entre as diferentes disciplinas ofertadas nos cursos do PAP/IS de 2010 a 2016, 10 foram citadas nominalmente ou indiretamente. Neste último caso geralmente eram mencionadas pelo nome do professor, ou designadas de forma ligeiramente diferente da nomenclatura oficial do programa ou mesmo por algum conteúdo ou atividade da disciplina que permitia sua identificação.

Na tabela a seguir, apresentam-se as disciplinas citadas e o número total de menções:

**Tabela 1** – Percentual das disciplinas referidas no total dos 89 questionários respondidos.

Nome da disciplina	Nº	%
Políticas Públicas	35	39,3
Epidemiologia	30	33,7
Todas as disciplinas	24	29,9
Educação e Comunicação em Saúde	20	22,4
Ciências Sociais	17	19,1
Introdução à Saúde Coletiva	14	15,7
Informação em Saúde	8	8,9
Introdução à Avaliação de Tecnologias de Saúde	3	3,3
Práticas	2	2,2
Metodologia	2	2,2
Gestão	1	1,2
Outras respostas	12	13,4

Entre as disciplinas citadas, destacam-se com maior frequência: “Políticas Públicas”, “Epidemiologia”, “Educação e Comunicação em Saúde” e “Ciências Sociais”. Chama a atenção que o conjunto das disciplinas foi citado por cerca de 30% dos entrevistados, sendo a terceira categoria mais frequente.

Uma possível explicação para que o conjunto das disciplinas esteja entre as mais frequentes citadas pelos egressos aponta para a percepção sobre a inter-relação entre as disciplinas na construção pedagógica do programa, como ilustram os seguintes excertos de respostas à questão sobre a disciplina de maior relevância no quadro do PAPS/IS:

*Cada disciplina proporcionou sua contribuição. Estão interligadas dinamicamente e se entrelaçam a todo o momento na atuação profissional. O que mais elas proporcionaram foi amplitude do pensamento crítico perante a política pública e tudo que permeia a relação Estado-usuário-trabalhador SUS e a Rede de Serviços como um todo*

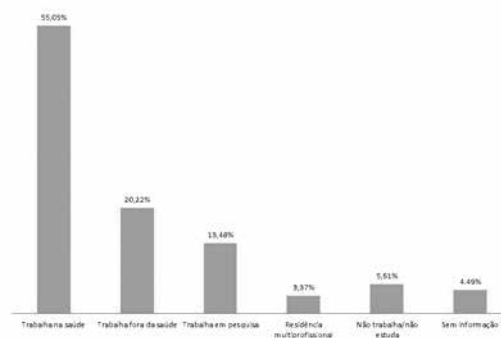
*Todas as disciplinas foram importantes. Foi um conjunto de disciplinas que se complementavam e proporcionava um olhar ampliado.*

#### b) inserção no mercado de trabalho

A inserção na prática profissional foi avaliada por meio da classificação dos egressos quanto à atividade profissional no momento da resposta, uma vez que o local de atuação (área da Saúde, fora da área, Pesquisa, etc) não necessariamente correspondia à área de inserção profissional. Para fins de análise, foram considerados os grupos que atuam na Saúde, fora da Saúde, em Pesquisa, ou outras áreas.

A distribuição dos egressos por tipo de atuação profissional está descrita na Figura 1.

**Figura 1** – Percentuais de egressos em correlação com as áreas de atuação profissional.



Foi possível perceber no discurso dos egressos a importância atribuída às disciplinas do PAPS/IS para a inserção e o exercício profissional:

*Todas elas (disciplinas), pois é preciso trabalhar na Saúde Pública de maneira integral, interprofissional e intersetorial. Sendo assim, todas as disciplinas oferecidas têm sido de suma importância para meu exercício profissional enquanto psicólogo e enquanto profissional da saúde.*

A fala em destaque, entre outras, demonstra a relação que os egressos percebem sobre o impacto das disciplinas em seu percurso profissional em termos de “amplitude do pensamento crítico” ou “olhar ampliado”.

c) desempenho no trabalho / d) processo de trabalho:

A disciplina Políticas Públicas, citada em maior frequência entre os egressos (39,3%), aparece fortemente relacionada ao desempenho no trabalho e à visão crítica sobre os processos de trabalho.

O trecho a seguir destaca a aquisição de conhecimento e sua relação com o desempenho profissional e o processo de trabalho:

*Políticas Públicas: Nos ajuda a entender a complexidade das Políticas Públicas e os múltiplos fatores que interferem, auxilia na nossa*

*capacidade de tomar decisões mais coerentes, cientes das limitações e possibilidades. Apesar de já terem se passado seis anos, as disciplinas de Políticas Públicas de Saúde e Epidemiologia por tratarem de assuntos que estão continuamente vinculados com o trabalho da Vigilância Sanitária (...).*

*Políticas Públicas - visão crítica que promoveu reflexões sobre as ações de saúde.*

*Na disciplina de políticas públicas para que tivesse a oportunidade de estudar mais profundamente as leis, portarias e diretrizes como um todo. (...).*

A disciplina Epidemiologia, com 33,7% de citações entre os egressos, apresenta forte relação com as categorias desempenho no trabalho e processos de trabalho, tal como a disciplina Políticas Públicas.

*E a Epidemiologia permite a compreensão do processo-saúde doença das populações, sendo um instrumento muito importante para o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde.*

*Epidemiologia: Auxilia nos processos de tomada de decisão, monitoramento e avaliação; (...)*

*Epidemiologia e Políticas de Saúde, sem estas não é possível entender o funcionamento do sistema nem como analisar dados epidemiológicos em saúde.*

A disciplina Comunicação e Educação em Saúde não foi oferecida para todas as turmas inseridas neste estudo. Entretanto, ela foi a terceira mais citada (22,4%), entre todas as disciplinas, o que pode indicar o reconhecimento da sua importância na formação e no desempenho dos profissionais de saúde.

*Educação em Saúde: Auxilia no atendimento dos usuários e a ter mais clareza da diversidade de escuta que pode acontecer em um*

*atendimento ao indivíduo, família ou comunidade. Nos desperta para pensarmos continuamente as nossas práticas de Educação em Saúde.*

*Epidemiologia, Educação em Saúde e Políticas Públicas, pois hoje atuo na construção de programas e protocolos na Atenção Básica e em paralelo atuo na Vigilância Epidemiológica e na organização do Programa de Educação Permanente municipal.*

A quarta disciplina mais citada, Ciências Sociais em Saúde (19,1%), é evocada como importante para a construção do entendimento dos conceitos de Saúde e Saúde Coletiva, forjando a visão crítica dos egressos que pode vir a subsidiar seu desempenho profissional:

*Acredito que as disciplinas sobre Ciências Sociais em Saúde, determinantes sociais, história do SUS, Humanização e Regionalização, Educação em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos foram as aulas mais importantes por aprofundar conceitos com que eu já havia tido contato na graduação e para conhecer conceitos que eu não havia aprendido.*

*Ciências Sociais em Saúde, Políticas Públicas, Epidemiologia. Todas as disciplinas permitem com que tenhamos um olhar sobre o que encontraremos na prática, o funcionamento do sistema e também fornece embasamentos para que possamos criar melhorias no meio em que atuamos”.*

Finalmente, a quinta disciplina mais citada (15,7%), Introdução à Saúde Coletiva foi considerada como um elemento básico para a formação da capacidade crítica, além de subsidiar o desempenho profissional.

*Introdução a Saúde Coletiva: Essencialmente por ampliar nossa capacidade crítica e melhor entender os contextos (...).*

*Ressalto as seguintes disciplinas: Introdução à Saúde Coletiva; Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia e a Oficina sobre Ferramentas SUPPORT para Políticas Informadas por Evidências como as mais relevantes nesse processo, tanto de formação como para meu exercício profissional atual, pois me deram subsídios para exercer a função que tenho hoje e possibilitaram um conhecimento sobre a Saúde Pública e o SUS que eu não tinha.*

## 2 - relevância do trabalho de campo

Entre os egressos que trabalham na área da Saúde, 55,05% destacou a importância da experiência do trabalho de campo para a “vivência do SUS”, “apropriação de técnicas e métodos”, “aumento da visão crítica na atuação profissional” e “consolidação do conteúdo teórico” que de alguma forma impactaram em seu desempenho profissional direta ou indiretamente.

Parte dos egressos apontou como a experiência de campo antecipou situações encontradas durante o exercício profissional, indicando que a configuração do campo do PAP/IS tem conseguido aproximar os aprimorandos da realidade do SUS.

*Sim, permitiu-me construir um conhecimento de elaboração de planejamento estratégico e investigação em saúde, que tenho utilizado na tentativa de produzir redes e linhas de cuidado e de analisar dados epidemiológicos no município em que atuo; em que a lógica de Saúde ainda é em grande parte a do encaminhamento, e do psicólogo restrito ao consultório.*

*Foi muito relevante (o trabalho de campo), meu grupo atuou diretamente na assistência da Atenção Básica, por meios de questionários. Hoje eu atuo justamente na AtençãoBásica e o conhecimento adquirido me trouxe um olhar diferenciado.*

*Sim, a construção do trabalho Avaliação da Atenção Básica no Município do Embu das Artes com ênfase nos processos de trabalho e na qualidade da atenção foram essenciais para conhecer o que se passava nas unidades e em especial com o trabalhador SUS, quando ingressei na unidade sabia o que esperar e como agir.*

Dentre os egressos que não trabalham na área da Saúde (20,22%), a experiência do campo remeteu principalmente para o “posicionamento crítico sobre a Saúde enquanto cidadão” e a “operacionalização de conceitos”. Embora estes respondentes não atuem na área, a vivência do campo também foi aproveitada em seus campos de atuação profissional. Ao serem indagados sobre a contribuição dos conhecimentos adquiridos no PAP/IS para seu desempenho profissional esboçaram as seguintes respostas:

*Extremamente. Me fez atuar na prática, colocar meu conhecimento a prova, levantar problemas situacionais, pensar em ferramentas e construir instrumentos para resolução dos problemas.*

*Com certeza. Porque a análise que realizo de questões relacionadas à Saúde perpassa por muitos dos temas discutidos durante minha formação no PAP e minhas ações/encaaminhamentos são embasadas por todo este conhecimento.*

*Sim. Por me fazer ver a Saúde de uma maneira mais ampla, não somente como ausência de doença.*

Finalmente, os egressos que atuam na área da Pesquisa (13,48%) reconhecem a relevância da experiência de campo especialmente pela “vivência dos serviços e sistemas de saúde”, pelo “conhecimento adquirido” e, como o grupo anterior, pela “operacionalização de conceitos”. Ao



relacionarem o aprendizado no PAP/IS ao seu desempenho profissional responderam que:

*Sim, porque pude ter a visão da dinâmica da gestão de saúde de uma cidade.*

*Sim. Possibilitou ver de perto a realidade de um determinado território local, suas dificuldades e potencialidades.*

*De fundamental relevância, pois as reuniões com o município nos deram a oportunidade de conhecer e entender um pouco mais da realidade da situação de Saúde da população da região, contexto que, acredito eu, não seria tão bem compreendido apenas com o estudos de artigos e sistematização de dados da área. Além de possibilitar um maior entendimento de como o SUS funciona de fato na prática. Assim, esses aspectos permitiram o despertar de um olhar mais atento para busca de subsídios necessários na realização de trabalhos profissionais futuros.*

Ao final do PAP/IS, os aprimorandos elaboravam um Produto derivado do Trabalho de Campo (PTC). Para cada ano, a natureza do produto variava conforme as demandas municipais levantadas por meio de Diagnósticos de Saúde e Condições de vida, Pareceres Técnico-Científicos e Relatórios de Avaliações, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A análise das respostas sobre a relevância da participação do egresso na elaboração do produto do Trabalho de Campo apontou, principalmente, para a “compreensão do objeto de trabalho”, para o “trabalho com dados reais” e para o aprendizado de “técnicas”.

Entre os 79 egressos que responderam a esta questão, 84,81% consideraram relevante para a trajetória profissional ter participado das atividades de elaboração do produto, enquanto 11,39% discordaram da proposição.

*Muito relevante. Porque por meio desse trabalho percebi a necessidade de buscar por evidência científica no tratamento dos pacientes, e de questionar e obter respostas buscando a individualidade de cada doença e o meio em que vive.*

*Sim, obtive melhores resultados no monitoramento das necessidades de saúde do paciente, visão mais ampliada e melhor análise das prioridades no âmbito da Saúde Coletiva. Sim, a realização do Produto do Trabalho de Campo foi muito importante, pois trabalhamos com dados reais da Secretaria da Saúde. Com certeza. Por meio do Trabalho de Campo consegui aprender muito sobre construção de indicadores de Saúde e sua análise, o que me fez gostar muito e querer ingressar na carreira acadêmica.*

Por outro lado, entre os que não consideraram o PTC relevante para a trajetória profissional, o entendimento sobre a experiência avaliava que o conhecimento adquirido poderia ter alguma importância.

*Foi importante na minha trajetória acadêmica, mas não consigo vincular com a atividade que exerço hoje.*

*Não usei para nada aquilo. A construção foi exigente, mas o produto final não interfere na minha trajetória profissional.*

### 3 - formação profissional

As respostas sobre a importância do PAP/IS na formação profissional dos egressos permitiram estabelecer três categorias de análise: (1) Importância, (2) Conhecimento e (3) Atuação Profissional.

#### a) importância

A relevância da formação pelo PAP/IS foi analisada a partir de uma escala partindo de “muito importante”, “importante”, “pouco importante”,

“não importante” e “sem informação”, baseada na frequência dos conteúdos manifestos nas respostas abertas ao *Questionário on line* anteriormente analisadas.

A construção desta escala foi baseada em respostas como: “(O PAP/IS) foi um divisor no processo educacional entre a vida acadêmica e o preparo para a vida profissional (...)” ou “Para mim, foi um enorme prazer e uma excelente oportunidade de aprendizado no Instituto de Saúde (...)”. O segundo índice foi definido a partir de conteúdos como: “O PAP/IS foi importante para ampliar os conceitos da Saúde Coletiva (...)” ou “Foi importante para compreensão e reflexão sobre o SUS (...)”. Respostas como “Acúmulo para a área de atuação.” foram interpretadas como “pouco importantes”, enquanto nenhum egresso manifestou que o PAP/IS não foi importante de maneira alguma.

É bastante interessante notar que 97,2% das respostas indicam que o PAP foi muito importante (44,5%) ou importante (52,7%) para os egressos na sua formação profissional. Apenas 1,3% mencionou ser pouco importante e a mesma porcentagem não informou.

#### b) conhecimento

Quanto ao “Conhecimento”, a qualificação das respostas foi baseada em falas relativas à “aquisição” ou “ampliação de conhecimentos”, “aquisição de novos conhecimentos”, ou ainda “ampliação de conteúdos aprendidos anteriormente”. As respostas que não permitiam nenhuma interpretação relacionada a pelo menos duas destas variáveis foram excluídas da análise.

Para qualificar o tipo de conhecimento, seja ampliado ou adquirido, foram designadas três variáveis, sempre a partir do conteúdo manifesto nas respostas. Desta forma, foi possível identificar conhecimentos relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), à Saúde Coletiva ou Saúde

Pública e conhecimentos direcionados à Pesquisa, como metodologia científica, por exemplo.

A matriz de análise da categoria Conhecimento derivada desta qualificação, encontra-se explicitada na Tabela 1:

**Tabela 1** – Matriz de análise da categoria Conhecimento

<b>Categoria “Conhecimento”</b>	<b>AMPLIOU</b>	<b>ADQUIRIU</b>
SUS	23 (27,05%)	15 (17,64%)
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	27 (31,76%)	6 (7,05%)
Pesquisa	3 (3,5%)	4 (4,7%)

De modo geral, os dados indicam que os egressos ampliaram seus conhecimentos no PAP/IS, e em menor grau, também adquiriram novos conhecimentos. No que diz respeito à aquisição de conhecimentos, os relativos ao SUS foram os mais mencionados (17,6%), seguidos pelos conhecimentos relacionados à Saúde Coletiva (SC)/Saúde Pública (SP), com 7%. Quanto à ampliação do conhecimento, os relacionados à SC/SP são mais mencionados (31,7%), seguidos pelo tema SUS, com 27%. O tema “Pesquisa”, embora em menor grau, também foi mencionado, tanto como aquisição de conhecimento (4,7%) quanto como ampliação (3,5%).

Considerando a característica multiprofissional dos egressos, majoritariamente pertencentes à área da Saúde, os dados podem indicar que os cursos universitários não conseguem apresentar aos alunos informações suficientes sobre o SUS e também sobre o campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública e que o PAP/IS tem contribuído para complementar esta formação.

A seguir, destacam-se três respostas que ilustram, de maneira geral, a análise desta categoria.

*Participar do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva no IS foi uma experiência*

*enriquecedora e importante para complementar a minha formação. Hoje tenho uma visão mais crítica e reflexiva sobre a Saúde Pública no Brasil, devido ao aprendizado adquirido durante o Aprimoramento.*

*Apesar do pouco contato que tive com a área durante a graduação, não foi possível compreender as especificidades e particularidades da Saúde Coletiva, mas me interessei bastante e me despertou uma vontade de trabalhar na área. Com o PAP/IS foi possível aprender muito mais sobre Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva e o SUS, inclusive, percebendo e entendendo que seria possível trabalhar na intersectorialidade entre Saúde e Educação.*

*(...) Ter passado a graduação sem discutir Saúde enquanto direito foi uma marca triste, apesar do respeito e carinho que tenho pela minha formação e instituição. Não tenho dúvidas que o Aprimoramento me conectou com esta discussão e enriqueceu minha formação profissional/cidadã.*

### c) atuação profissional

A análise qualitativa das respostas à questão sobre a importância do PAP/IS para a atuação profissional permitiu a criação de cinco variáveis para interpretar qual tipo de qualificação profissional foi mencionada em maior frequência, a saber: c.1. processo, c.2. inserção, c.3. prática, c.3. militância e c.4. técnica.

#### c-1. processo

A variável “processo” considerou respostas que mencionassem questões referentes ao trabalho em equipe e com equipes multidisciplinares na atuação profissional do egresso. No total da amostra, 12,35% dos egressos entenderam que o PAP/IS teve um impacto positivo neste sentido, como ilustra a seguinte resposta: “(...) *contribuiu para minha formação profissional com experiência*

*de campo e convívio com outros profissionais de forma interdisciplinar na área de Saúde Pública”*

#### c-2. inserção.

O termo “Inserção” diz respeito ao próprio ingresso profissional no mercado de trabalho e a como o PAP/IS pôde contribuir neste sentido. Neste tópico, 11,23% dos respondentes afirmam que o programa foi importante tanto para efetiva inserção no mercado, como para se diferenciar em futuros processos seletivos, como ilustram as respostas abaixo:

*Determinante para aquisição de conhecimento teórico sobre o SUS e título profissional para aprovação em residência multiprofissional e contratação por O.S.*

*Foi fundamental para que eu pudesse atuar na Atenção Básica e aliar o campo clínico às Políticas Públicas.*

*Aquisição de conhecimentos específicos da área, aumento da rede de relacionamento profissional, obtenção de título como diferencial no CV.*

#### c-3. prática

A variável “Prática” diz respeito à postura profissional, visão crítica e a própria atuação profissional dos egressos. Notadamente, estes parecem ser o maior impacto do PAP/IS na formação profissional dos egressos, uma vez que 33,7% mencionou a importância do PAP para sua prática profissional, conforme relatos a seguir:

*Foi ótimo, auxiliou no entendimento sobre a construção do SUS, as políticas, o manejo e me apresentou um olhar diferenciado que inclui a gestão do SUS, na minha prática de trabalho consigo colocar esse olhar e gerar discussões para o fortalecimento do SUS.*

*Acredito que minha experiência no PAP/IS foi importante para me aproximar mais das Políticas Públicas em Saúde, sensibilizar meu olhar quanto à avaliação dos serviços de*

*Saúde Pública e aprimorar meu olhar para o seguimento das diretrizes e princípios do SUS na atuação como profissional da rede.*

*Manter o foco na Saúde Coletiva sempre foi desafiador, ainda é. Acredito que o PAP/IS me ajudou a entrar numa unidade de saúde enxergando com outros olhares e não só com os saberes práticos da Enfermagem.*

#### c-4. militância

A variável “militância”, relacionou-se ao engajamento dos egressos nos movimentos sociais ou outras organizações ligadas ao SUS ou à Saúde Coletiva. Apenas 7,8% mencionaram diretamente algum tipo de preocupação neste sentido, como ilustrado a seguir:

*(...)Tive a impressão que o Aprimoramento me reconectou com um processo pessoal de confirmação da minha escolha profissional, por uma carreira na área da Saúde, essencialmente por colocar o SUS em discussão e possibilitar a nós aprimorandos(as), pensar nossa formação para atuação nesse sistema. O SUS, por vezes, traduz no seu cotidiano as limitações, potências e possibilidades da sociedade que estamos vivendo, construindo e a que pretendemos ter um dia.(...)*

*(...) O PAP/IS contribuiu para que eu me tornasse uma militante do SUS.*

#### c-5. técnica

Em relação à “Técnica”, aqui entendida como processos ou instrumentos específicos, apenas 2,2% a mencionaram, como se segue:

*O PAP/IS foi uma oportunidade de trabalhar com uma equipe multiprofissional e de entender algumas análises que podem ser feitas com os bancos de dados do SUS. Eu já me interessava por análise de bancos de dados antes do PAP e continuo nessa área.*

*Foi uma experiência enriquecedora, mostrando a importância de trabalhar com o Sistema Público por meio de evidências científicas, para garantir mais qualidade na tomada de decisão.*

De modo geral, a análise das respostas pela categoria “Atuação Profissional” indicam que o maior impacto do PAP/IS se deu na postura e visão crítica dos egressos e, conseqüentemente, no próprio desempenho profissional.

#### 4 - sugestões para o PAP/IS

Em função de questão do Questionário *online* em que se solicitou a apresentação de sugestões para o aperfeiçoamento do PAP/IS a partir da perspectiva da experiência profissional dos egressos, emergiram as seguintes categorias de análise quantitativa: a) mais prática, b) metodologia pedagógica-participativa, c) campo/prática e d) mais teoria.

##### a) mais prática

A primeira categoria, “mais prática”, circunscreveu as 15 menções (a que porcentagem este número de respostas corresponde? referentes à necessidade, segundo os egressos, de mais atividades práticas em detrimento dos conteúdos teóricos do PAP/IS. Pela ótica dos respondentes, a experiência do Aprimoramento seria mais proveitosa, caso pudessem ter mais contato com profissionais, serviços e gestores, como corroboraram as seguintes respostas:.

*Indicaria mais contato no dia a dia do profissional de Saúde Pública e dos seus pacientes, ou seja mais prática e não apenas teoria. Ter mais disciplinas práticas, realizar mais trabalhos dentro da realidade do SUS e com os trabalhadores do SUS .*

##### b) metodologia pedagógica-participativa

A categoria “Metodologia Pedagógica-Participativa” se refere, de modo geral, às



sugestões que englobavam as relações estabelecidas entre o corpo docente e discente, a configuração da grade de disciplinas e sua coerência interna. Dentro deste escopo, 14 egressos (porcentagem?) apontaram elementos que julgam demandar melhorias, tal como descrito a seguir:.

*Eu sugiro que as aulas sejam melhor estruturadas e a relação entre professores, orientadores e alunos seja revista de alguma forma, considerando os alunos como profissionais formados que estão ali para se aprimorar e realmente aprender, permitindo que os alunos desempenhem um papel mais ativo na construção do conhecimento e na elaboração do trabalho.*

#### c) campo/prática

A terceira categoria diz respeito ao campo e à prática profissionais, embora de modo diferente da primeira, uma vez que foi possível distinguir em oito (08) enunciados ênfases em demandas para suprir o desconhecimento sobre o SUS e suas características.

*Ter mais contato com a prática, não só na área de saúde geral, mas também na área de saúde mental.*

*Mais vivência em campo, aprofundar a história do SUS.*

#### d) mais teoria

A última categoria, em oposição à primeira e à anterior, sugere o aumento da carga teórica do curso, refletindo a necessidade de complementação da formação básica em Saúde Coletiva.

*Aumentar a grade do curso com mais matérias e trabalhos referentes a Saúde Pública.*

*Aumentar a carga horária de cursos de Epidemiologia, Bioestatística e Avaliação Econômica e Política de Cobertura. Trabalhar com os dados estatísticos disponíveis e desenvolver*

*trabalhos aplicados que possam melhorar a eficiência dos serviços públicos de saúde.*

#### 5 - indicação para o PAP/IS

Uma das perguntas procurou investigar a tendência dos egressos sobre indicar ou o não o PAP/IS para outros profissionais. A totalidade dos respondentes (79) respondeu positivamente à questão.

### Considerações finais

A realização deste levantamento teve como principal razão, a importância de avaliar o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde pela ótica da experiência profissional dos seus egressos, especialmente no momento em que o programa vem passando por reformulações, visando sua mudança de status para Especialização, condição conquistada em 2017 e que será efetivada em 2018.

Os dados levantados pelo Questionário permitiram avaliar que a instituição tem conseguido organizar e oferecer o PAP/IS de forma alinhada à perspectiva de sua missão institucional, ou seja, voltar-se à formação de quadros capacitados para atuar no SUS a partir dos princípios fundadores do sistema.

De modo geral, destaca-se a importância atribuída pelos egressos do PAP/IS em sua formação profissional desenvolvendo visão crítica sobre a realidade encontrada no ambiente de trabalho e habilidades para uso de ferramentas importantes na prática profissional. Ainda em relação à formação, os dados apontam para a necessidade da revisão dos currículos dos cursos de Graduação na área da Saúde no que se refere ao ensino dos princípios do SUS, sua lógica de organização e funcionamento.

O PAP/IS vem desenvolvendo de maneira satisfatória a inserção dos seus participantes na

tríade serviço, ensino e pesquisa, como demonstra a presença de cerca de 72% dos egressos nas três áreas de atuação, assim como o reconhecimento da importância do programa na formação da visão crítica e no embasamento teórico-prático pelos egressos.

Finalmente, destaca-se a configuração pedagógica do PAP/IS, privilegiando a formação teórica-prática de modo a propiciar aos aprimorandos uma inserção no SUS, como observadores críticos e participantes das ações, garantindo a supervisão e acompanhamento do desenvolvimento das atividades ao longo de todo programa.

### Referências

- 1- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977- FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Programa de Aprimoramento Profissional – Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos. São Paulo: Edições Fundap; 2006
- 3-FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Problemática dos Recursos Humanos em Saúde no Estado de São Paulo – relatório final. São Paulo: Edições Fundap; 1992
- 4-INSTITUTO DE SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. São Paulo: Instituto de Saúde; 2000
- 5- Sancha CCM. A trajetória dos egressos do Programa de Aprimoramento Profissional: quem são e onde estão os enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos dos anos de 1997 e 2002 [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008

# Participação social em saúde no Brasil: elementos para compreensão de sua dinâmica

## Health social participation in Brazil: elements for the understanding of its dynamics

Virgílio César da Silva e Oliveira<sup>I</sup>, Tania Margarete Mezzomo Keinert<sup>II</sup>,  
Adílio Renê Almeida Miranda<sup>III</sup>, Silvia Ferreira Caproni Gonçalves<sup>IV</sup>

### Resumo

Este artigo possui como propósito central contribuir para o aperfeiçoamento do debate sobre a participação social em saúde no Brasil. Especificamente, busca-se conhecer os espaços democráticos e discutir aspectos importantes para compreensão da participação em saúde no Brasil, enfocando, em especial: atores que a viabilizam; arenas nas quais ela se desenvolve e elementos capazes de caracterizá-la: tipos, níveis, possibilidades e limites. Em relação aos atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil pode-se afirmar que constituem uma rede múltipla e complexa de *accountability* democrática, não isenta de contradições. Sobre as arenas, os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde que visam operar em prol da cogestão de políticas públicas e integram sistemas que contam, ainda, com planos (políticas) e fundos financeiros públicos. Finalmente, quanto às categorias de análise, selecionadas a priori em fontes bibliográficas, observa-se que elas são capazes de favorecer a compreensão: dos tipos de participação; dos níveis de autonomia de dirigidos e dirigentes; das possibilidades de empreendimentos participativos; de suas limitações e de seus riscos.

**Palavras-chave:** Participação social em saúde; Atores e arranjos institucionais; Categorias de análise.

### Abstract

The main purpose of this article is to improve the debate on health social participation in Brazil. Specifically, it seeks to discover the democratic spaces and discuss health participation in Brazil, focusing, in particular, on: actors that make it viable; arenas where it develops and elements capable of characterizing it preliminarily: types, levels, possibilities and limits of health participation. Social actors that make the participation in health in Brazil possible constitute a multiple and complex network of democratic responsibility, not exempt of contradictions. In regards to where it takes place, the main institutional arrangements that allow for social participation within the Unified Health System (SUS) are the councils and health conferences, that aim to operate in favor of the co-management of public policies and that integrate systems that also have plans (policies) and public funds. Finally, the categories of analysis, which were pre-selected in bibliographical sources, allow the understanding of: the types of participation; the levels of autonomy of leaders and leaders; the possibilities of participatory ventures; limitations and risks, which reveal possible misrepresentations.

**Keywords:** Health social participation; Actors and institutional arrangements; Categories of analysis.

<sup>I</sup> Virgílio César da Silva e Oliveira (virgilio.oliveira@ufjf.edu.br) é Administrador Público, Mestre e Doutor em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Lavras é Professor da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Pesquisador do Grupo Analítico em Saúde (GAS) do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas (IS/UNIFAL) e do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>II</sup> Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é Administradora Pública e Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. Mestre em Administração Pública e Governo e Doutora em Administração pela Fundação Getúlio Vargas, com Especialização em Economia Pública pela Universidade Commercial Luigi Bocconi na Itália e Especialização em Administração Municipal e Regional pela University of Haifa, de Israel; Pesquisadora do Instituto de Saúde de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Grupo Analítico em Saúde (GAS) do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade

de Federal de Alfenas (IS/UNIFAL) e do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>III</sup> Adílio Renê Almeida Miranda (adilio.miranda@unifal-mg.edu.br) tem Graduação, Mestrado e Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Lavras, é Professor e Co-Coordenador do Grupo Analítico em Saúde (GAS) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e membro do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>IV</sup> Silvia Ferreira Caproni Gonçalves (silvia.goncalves@unifal-mg.edu.br) é pedagoga, graduada em Administração Escolar Pós-graduada em Metodologia do Ensino e Mestre em Gestão Pública e Sociedade pelo Instituto de Ciências Sociais de Americana, Técnica em Assuntos Educacionais e Pesquisadora do Grupo Analítico em Saúde (GAS) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e Pesquisadora do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).



### **Introdução**

A temática da participação social, também denominada “participação comunitária” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adquire especial relevância dado o fortalecimento das relações entre sociedade e Estado por meio da ampliação e diversificação dos canais de participação. Considera-se essencial, portanto, conhecer tais espaços democráticos e discutir aspectos importantes para compreensão da participação em saúde no Brasil, enfocando, em especial: (1) atores que a viabilizam; (2) arenas nas quais ela se desenvolve e (3) elementos capazes de caracterizá-la preliminarmente: tipos, níveis, possibilidades e limites. Tais aspectos são apresentados, nesta ordem, no decorrer do texto. Depreende-se do colocado anteriormente, que se trata de um texto de natureza teórico-conceitual cujo objetivo é contribuir para o aperfeiçoamento desse debate, ainda que conte com elementos de pesquisa de natureza documental, tais como leis, decretos e regulamentos.

### **Atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil**

O estudo sobre os instrumentos de controle social frente às ações dos poderes constituídos apresenta categorias de entendimento que favorecem a identificação dos atores sociais que viabilizam a participação social em saúde no Brasil.

Como salienta Bodernave<sup>2</sup>, a participação possui duas bases complementares: um componente afetivo e outro instrumental. Com relação ao primeiro, afirma-se que a participação vincula-se ao prazer em realizar atividades com outras pessoas. Quanto ao segundo, acredita-se que a realização de atividades participativas exigem esforços coletivos para que sejam desenvolvidas de modo eficaz e eficiente. A participação afetiva vincula-se, em primeiro plano, a eventos cotidianos, de interação face a face ou comunitária. A participação instrumental, por sua vez, associa-se à combinação contemporânea de esforços, que tende a exigir mediações institucionais e que



possui potencialidades superiores à ação singular, individual.

Em relação aos instrumentos de controle, Behn<sup>1</sup> destaca que os sistemas tradicionais de *accountability* foram concebidos para estabelecer a confiança pública na probidade administrativa e, no contexto de reforma dos aparelhos estatais, fez-se (e faz-se) necessário sedimentar a confiança pública no desempenho governamental. Já a *accountability* democrática deve permitir que os cidadãos participem do debate sobre a escolha das metas, do acompanhamento e avaliação da consecução delas. Portanto, quatro perguntas se apresentam à sociedade: (1) quem decidirá quais resultados devem ser produzidos?; (2) quem deve responder pela produção desses resultados?; (3) quem é responsável pela implementação do processo de *accountability*?; e (4) como irá fazer funcionar esse processo de *accountability*? Respostas efetivas não serão encontradas sem o envolvimento cidadão em processos públicos.

Os aspectos citados, associados aos princípios da descentralização e da participação social (que nortearam a redação do texto constitucional de 1988), agregaram atores diversos ao sistema nacional de saúde e reposicionaram os municípios como espaços relevantes para a configuração e reconfiguração de políticas públicas, como destacam Keinert e Oliveira<sup>13</sup>.

No contexto da participação instrumental e da *accountability* em moldes mais convencionais, destaca-se a atuação de um exército de servidores, no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde<sup>4</sup> e, ainda, das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que são instâncias de negociação e pactuação voltadas aos elementos administrativos, financeiros e operacionais do Sistema Único de Saúde. Tais órgãos possuem, respectivamente, abrangência estadual e federal<sup>3</sup>.

No que diz respeito à participação comunitária e à *accountability* democrática, os atores essenciais são aqueles que interagem em conselhos intra-municipais (conselhos gestores), municipais, intermunicipais, estaduais e Conselho Nacional de Saúde, representando o governo, prestadores de serviços de saúde, profissionais do setor e usuários<sup>5</sup>.

Os segmentos mencionados podem abarcar representantes de associações de portadores de patologias, de pessoas com deficiência, entidades indígenas, movimentos de mulheres, negros, entidades de aposentados e pensionistas, entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, entidades de defesa do consumidor, organizações de moradores, entidades ambientalistas, organizações religiosas, trabalhadores da área da saúde, associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classes, comunidade científica, entidades públicas, hospitais universitários e hospitais provedores de meios para estágio, pesquisa e desenvolvimento, entidades patronais, entidades dos prestadores de serviço de saúde e representantes do governo, dentre outros movimentos sociais e populares organizados<sup>14</sup>.

### **Arranjos institucionais que materializam a participação em saúde no Brasil**

Os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde. Esta seção busca detalhá-los, de modo breve.

Embora o formato institucional “conselho” seja observável no Brasil desde o período colonial<sup>11</sup>, durante o processo de regulamentação do texto da Constituição de 1988 eles ganharam uma inédita relevância, pois foram percebidos como instrumentos capazes de viabilizar os

princípios da descentralização e da participação social. Outros meios, de menor inserção nos níveis subnacionais, notadamente o orçamento participativo e os fóruns temáticos, também foram legitimados pela Carta Magna, como observam Paula e Keinert<sup>18</sup>.

Os conselhos são órgãos colegiados, de natureza permanente e deliberativa, presentes nos três níveis da federação, que devem operar em prol da cogestão de políticas públicas e do controle social das ações dos poderes constituídos. Eles integram sistemas de gestão que contam, ainda, com planos ou políticas (que destacam premissas e prioridades de ação em médio e longo prazo) e fundos financeiros públicos.

Especificamente no caso da saúde, seus propósitos se voltam ao acompanhamento da saúde da população, às prioridades de intervenção para proteção e recuperação da saúde, à formulação de diretrizes e estratégias para atuação do sistema público de saúde (o que abarca planejamento, pactuações e gestão orçamentária), ao acompanhamento e à avaliação de ações e ao processamento de informações para a realização de seus fins, em parceria e sinergia com outros órgãos gestores<sup>15</sup>.

Na saúde, de forma mais intensa do que em outros segmentos, os conselhos transcendem os perímetros municipal, estadual e federal, admitindo formatos locais e distritais. Os primeiros possibilitam maior proximidade entre a comunidade, suas organizações e os serviços de saúde. Os demais se vinculam a uma região ou distrito sanitário, que congregam unidades de saúde e comunidades que guardam entre si certa identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica<sup>14</sup>.

Outro atributo que chama atenção em relação aos conselhos de saúde, quando comparados aos demais conselhos de direitos, é o seu grau de institucionalização entre os municípios brasileiros. De acordo com informações da pesquisa Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros, publicizada, em

2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>12</sup>, 99,7% das localidades brasileiras possuíam, na data do diagnóstico, conselho municipal de saúde. Cumpre mencionar que todos os estados brasileiros também apresentam conselhos, de natureza tetrapartite paritária e deliberativa.

De modo complementar às ações dos conselhos, as conferências podem ampliar o diálogo social nos diversos segmentos de políticas públicas. No contexto de referência deste artigo, elas representam fóruns para avaliação da saúde pública, para proposição de diretrizes e para formulação da política de saúde nas três esferas de governo. Sua periodicidade é quadrienal<sup>14</sup>.

As conferências são iniciadas pelo diálogo em ampla base municipal, a partir do qual prioridades, diagnósticos e propostas (sintetizadas em relatórios) são encaminhadas ao nível estadual, pelos delegados. Novas sínteses e novos representantes seguem para o patamar federal, pois, nessa instância, novas linhas de ação serão concebidas para todo o Sistema Único de Saúde. Percebe-se, portanto, que esse esforço de engenharia institucional é capaz de combinar participação direta e representação, operando contra um dos grandes males das democracias de massa que é o tênue engajamento popular em processos públicos. Dito de outro modo, a participação política, por meio de instrumentos como estes, pode dividir espaço com a participação meramente eleitoral.

Em um passado recente, percebe-se que o Brasil dinamizou a realização de conferências em múltiplos segmentos de políticas públicas. Entre 2003 e 2006, 43 eventos foram realizados, sendo 38 nacionais e 5 internacionais. Apresentaram em sua primeira edição 16 conferências. Em conjunto, cerca de dois milhões de cidadãos foram mobilizados<sup>19</sup>. Ao longo de sua história, o Brasil promoveu 15 Conferências Nacionais de Saúde (CNS), cujas edições, anos e temas encontram-se abaixo, no Quadro 1:

**Quadro 1** – Edição, ano e tema das Conferências Nacionais de Saúde

Edição e ano	Temas das conferências nacionais
1ª CNS (1941)	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS (1950)	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho
3ª CNS (1963)	Descentralização na área de saúde
4ª CNS (1967)	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS (1975)	Implementação do sistema nacional de saúde. Programa de saúde materno-infantil. Sistema nacional de vigilância epidemiológica. Programa de controle das grandes endemias. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais
6ª CNS (1977)	Situação atual do controle das grandes endemias. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. Interiorização dos serviços de saúde. Política nacional de saúde
7ª CNS (1980)	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos
8ª CNS (1986)	Saúde como direito. Reformulação do sistema nacional de saúde. Financiamento setorial
9ª CNS (1992)	Municipalização é o caminho
10ª CNS (1996)	Saúde, cidadania e políticas públicas. Gestão e organização dos serviços de saúde. Controle social na saúde. Financiamento da saúde. Recursos humanos para a saúde. Atenção integral à saúde
11ª CNS (2000)	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS (2003)	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª CNS (2007)	Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento
14ª CNS (2011)	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro
15ª CNS (2015)	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2011; 2015.

A observação dos temas das conferências revela que foram dedicadas a pontos-chave do sistema de saúde em diferentes décadas. É digno de nota a pluralidade de pautas e a percepção da descentralização e da interiorização como necessidades agudas. Destaca-se, ainda, a importância da 8ª conferência que, em 1986, estabeleceu importantes premissas para o texto constitucional de 1988.

No ano de 2017, três conferências nacionais ligadas à área de saúde estão programadas, a saber: 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde<sup>7</sup>.

### **Categorias de análise para compreensão da participação em saúde no Brasil**

As categorias analíticas inferidas da literatura versam sobre os tipos, níveis, objetivos (que expressam suas possibilidades), obstáculos (que exprimem seus limites) e os riscos da participação (que manifestam desvirtuamentos possíveis).

Ao analisar a situação dos governos, nacionais ou regionais, Nogueira<sup>16</sup> os percebe sob quatro fontes de demandas, interesses e reivindicações: o mercado, a sociedade civil e os planos: transnacional e subnacional. As reações típicas às pressões: transnacional e subnacional são, respectivamente, a abertura econômica e a descentralização. Os anseios por lucratividade,

característicos do mercado, e pela afirmação de direitos, característicos da sociedade civil, encontram respostas públicas em privatizações e em oportunidades de participação. Entre os tipos de participação que coexistem, o autor identifica as formas: assistencialista, corporativa, eleitoral e política. Há, ainda, uma modalidade que pode florescer em espaços de participação institucionalizada: a participação gerencial.

Observa-se que os elementos dessa tipologia podem caracterizar a transcendência de domínios restritos para domínios coletivos. Nesse sentido, a *participação assistencialista* é notada em todas as épocas, como produto da natureza gregária do homem. Ela se materializa em iniciativas de auxílio mútuo, como o mutirão, e pretendem minimizar o infortúnio, otimizar recursos comunitários e atenuar conflitos. A *participação corporativa* vincula-se à satisfação de interesses particulares. Ela é excludente em alguma medida, pois beneficia grupos ou classes. No cenário das democracias pluralistas contemporâneas, sua expressão é vigorosa, assim como a percepção de sua legitimidade. Há a *participação eleitoral*, que busca interferir nos rumos de grandes coletividades. Por meio dela, os direitos políticos ganham forma e significado. Todavia, sua mecânica limita-se, na maioria das vezes, ao voto, para que o recurso da representação constitua câmaras deliberativas em todos os níveis da federação. A participação de natureza *política* pode ser considerada a forma mais refinada de engajamento social. Ela amplia as possibilidades da participação eleitoral, pois pressupõe atores coletivos envolvidos em processos de interesse geral, de modo que o poder possa ser descentralizado. Articulações sustentadas por valores partilhados e por lastro histórico operam para a legitimidade dessa modalidade de participação. A *participação gerencial*, por fim, é produto do esvaziamento do conteúdo ético-político da participação em

favor de posições mais pragmáticas, voltadas à resolução de problemas situados na fronteira entre o público e o privado. Assim, a combinação de esforços para a cogestão de políticas públicas pode traduzir-se em cooptação por meio da qual demandas pontuais são atendidas em troca de apoio político ou em transferência de responsabilidades com a inadequada desoneração de órgãos ou atores.

Um novo conjunto de categorias é capaz de expressar *níveis de participação*, isto é, de revelar a centralização ou não das decisões entre elites dirigentes e coletivos dirigidos<sup>2</sup>. Em um primeiro grau (*informação/reação*), dirigentes informam aos membros da organização sobre as decisões já tomadas. Em alguns casos, a reação dos membros é levada em conta pelos dirigentes e, em outros, não é sequer considerada. Em *consultas facultativas* a administração pode (se e quando quiser), ouvir o coletivo, solicitando críticas, sugestões ou informações para solução de algum problema. Em *consultas obrigatórias* os membros devem ser ouvidos, embora a decisão final pertença à elite dirigente. Em contextos de *elaboração/recomendação*, os integrantes do coletivo constroem propostas e recomendam medidas que a administração aceita ou rejeita. Contudo, ela deve sempre justificar seu posicionamento. Em iniciativas de *cogestão* as decisões de uma organização são compartilhadas. Os administrados exercem influência direta na eleição de planos de ação. Comitês e conselhos são formatos organizacionais que viabilizam esse nível de participação. Quando levados a cabo, processos de *delegação* entregam aos administrados autonomia em certos campos da organização. A administração define perímetros dentro dos quais os membros possuem completa autoridade. Não necessitam, portanto, consultar superiores para decidirem. Finalmente, na *autogestão* todo o coletivo determina objetivos,



escolhe meios e estabelece controles pertinentes, sem referência a uma autoridade externa. Nesse nível, deixa de existir a diferenciação entre administradores e administrados.

Deve-se a Demo<sup>10</sup> uma discussão sobre o que se espera obter – e, portanto, se pode obter – com a participação. Assim, entre os objetivos (e possibilidades) da participação destacam-se: a *autopromoção*, a *realização da cidadania*, a *implementação de regras democráticas para interações*, o *controle do poder*, o *controle da burocracia*, a *negociação entre partes* e a *consolidação de uma cultura democrática*.

A *autopromoção* é característica da ação social centrada nos próprios interessados (beneficiários), que passam a autogerir ou, pelo menos, a cogерir a satisfação de suas demandas, com vistas a superar a necessidade de ajuda assistencialista. O vício fundamental do assistencialismo é despertar elos de dependência, de subserviência, entre beneficiários e provedores.

A *realização da cidadania* é a qualidade social de um coletivo organizado sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Direitos correspondem às prerrogativas que protegem e conferem dignidade aos indivíduos e deveres dizem respeito ao compromisso comunitário de cooperação e corresponsabilidade.

No que se refere à *implementação de regras democráticas*, a participação é um exercício que permite a promoção e a destituição de centros de poder, o estabelecimento de elos entre representantes e representados e outros fins. Um de seus objetivos é, portanto, contribuir para a instalação e o vigor da democracia, que demanda parâmetros, organização e empenho coletivo.

Não há democracia sem *controle do poder*, que não pode emergir das elites dirigentes, devendo ser realizado pela base. Sociedades organizadas e participativas são capazes de se contraporem às disfunções das burocracias, núcleos

contemporâneos de poder, que devem subordinar-se ao controle social. A qualidade de sistemas impessoais origina-se da pressão dos interessados (*controle da burocracia*) e não apenas de sua capacidade de autorregulação. Em paralelo, a democracia é um sistema sociopolítico no qual se negociam divergências, para que se acomodem em patamares que permitam a convivência e a realização relativa dos interesses singulares.

A *negociação entre as partes* vincula-se, portanto, à possibilidade de revisão de pactos sociais e de proposição de novos consensos mínimos. Encerrando esta tipologia, a consolidação de uma *cultura democrática* é um objetivo basilar da participação, pois ela deve tornar-se comum em sistemas poliárquicos de poder<sup>9</sup>, comprometidos com o Estado de direito, a igualdade e a simetria de oportunidades entre os cidadãos.

Se a participação apresenta possibilidades, ela também exprime limites, pois lida com obstáculos. Há, portanto, elementos intrínsecos à participação que podem se contrapor à sedimentação da democracia. Desse modo, como observa Demo<sup>10</sup> processos participativos podem ser limitados, pois incorrem em *democratismo*, *centralismo*, *populismo*, *purismo* e *assistencialismo*. Assim: *democratismos* são as deturpações do processo participativo, no sentido de empregar suas premissas para levá-la ao absurdo, gerando uma demonstração de sua inviabilidade; *centralismo* corresponde à centralização institucional e/ou por parte de lideranças, que, de modo impositivo, invertem o fluxo participativo (não da base para o topo, mas de modo contrário); o *populismo*, estabelecido quando há aceitação acrítica de que o coletivo sempre é detentor de razão absoluta, o que pode impedir movimentos participativos de dialogarem com outros atores coletivos; o *purismo* corresponde ao ápice da qualidade política, em que processos participativos idealizados pretendem ser completamente coesos. Em casos

assim, assume-se o risco de distanciá-los de múltiplos contextos, assim como da prática cotidiana; o *assistencialismo*, finalmente, que pode traduzir-se em um obstáculo significativo ao êxito da participação, pois grupos dominantes o empregam para desmobilizar iniciativas sociais. Por meio de ofertas emergenciais e compensatórias, iniciativas de efetiva emancipação são podadas e lideranças são docilizadas e cooptadas.

Tendo em mente as possibilidades e os limites da participação, Demo<sup>10</sup> também pontua seus riscos, que manifestam *desvirtuamentos potenciais*. Isso ocorre quando são paliativos, efêmeros, demorados ou suspeitos. Processos participativos são considerados paliativos quando se desenvolvem em esferas de importância secundária em um coletivo ou quando são meios de legitimação ideológica de instâncias de poder. O caráter efêmero de iniciativas participativas é perceptível quando estas se esgotam rapidamente, dependendo em demasia da presença de certas lideranças ou demonstrando precariedade de organização e carência de sustentação própria. A criação de um contexto efetivamente participativo não é algo simples, pois envolve múltiplos fatores (pessoais, culturais, históricos, etc.). Os tempos de amadurecimento são longos, demorados, o que pode operar para a desmobilização de grupos. Por fim, processos participativos são percebidos como suspeitos em duas direções. A primeira diz respeito à cooperação estatal, que pode utilizar-se do engajamento social para legitimar a ordem vigente. A segunda associa-se ao seu caráter contestador, pois não há participação exitosa que não gere, em estreita ou larga escala, instabilidade.

### Considerações finais

Em relação aos atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil pode-se afirmar que constituem uma rede múltipla e complexa de

*accountability* democrática, não isenta de contradições. Pode-se distinguir uma participação de caráter mais instrumental e em moldes mais convencionais, que anima estruturas formais de negociação e pactuação voltadas aos elementos administrativos, financeiros e operacionais do SUS. No que diz respeito à participação comunitária, os atores essenciais são aqueles que interagem em conselhos: intra-municipais, municipais, intermunicipais, estaduais e nacional, representando o governo, prestadores de serviços de saúde, profissionais do setor e usuários com vistas à garantia do direito universal à saúde numa perspectiva ético-política democrática.

Como se sabe, os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde que visam operar em prol da cogestão de políticas públicas e integram sistemas que contam, ainda, com planos (políticas) e fundos financeiros públicos. No SUS, os conselhos transcendem os perímetros administrativos tradicionais (municipal, estadual e federal), admitindo formatos locais e regionais que guardam entre si certa identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica.<sup>17</sup>

De modo complementar às ações dos conselhos, as conferências podem ampliar o diálogo social, pois representam fóruns para avaliação, proposição de diretrizes e formulação da política de saúde nas três esferas de governo. Há um esforço institucional para combinar participação direta e por representação, buscando garantir o engajamento popular – o qual divide espaço com a participação meramente eleitoral. O histórico de conferências na saúde coloca em relevo temas plurais, embora a questão da descentralização tenha prevalecido.

Em relação às categorias de análise, selecionadas a priori em fontes bibliográficas, observa-se que elas são capazes de favorecer a compreensão: (1) dos tipos de participação; (2) dos

níveis de autonomia de dirigidos e dirigentes; (3) das possibilidades de empreendimentos participativos; (4) de suas limitações e (5) de seus riscos, que revelam desvirtuamentos possíveis.

Por ser um fenômeno complexo, multifacetado e plural, a participação em saúde no Brasil não é, obviamente, completamente inteligível pelo universo de atores, espaços de negociação e categorias detalhadas neste artigo. Essa afirmação destaca a necessidade de construção de recursos heurísticos complementares, que irão emergir de cada contexto institucional que se busca conhecer.

Todavia, por serem relativamente genéricas, as categorias sobre participação possuem amplo potencial de aplicação, podendo, como construções típico-ideais, mediar relações entre sujeito e objeto de pesquisa no gigantesco mosaico empírico estruturado no âmbito do SUS.

#### Referências

- Behn RD. O novo paradigma da gestão pública e a busca da *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*. 1998; 49(4):5-45.
- Bordenave JED. O que é participação?. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- Brasil. Lei nº. 12466. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília; 24 ago 2011.
- Brasil. Lei nº. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 19 set 1990.
- Brasil. Lei nº. 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; 28 dez 1990.
- Conselho Nacional de Saúde. 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS; 2015 [acesso em 15 fev. 2017]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html).
- Conselho Nacional de Saúde. Conferências 2017. Brasília: CNS; 2017. [acesso em 08 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/conferencias.html>.
- Conselho Nacional de Saúde. Histórias das Conferências de Saúde. Brasília: CNS; 2011 [acesso em 15 fev. 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>.
- Dahl RA. Poliarquia: participação e oposição. São Paulo: EdUSP; 2005.
- Demo P. Participação é conquista. São Paulo: Cortez; 1988.
- Gohn MG. Conselhos gestores e participação sócio-política. São Paulo: Cortez; 2001.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014. Rio de Janeiro; 2015.
- Keinert TMM, Oliveira, VCS. Participação social em saúde no Brasil: abordagem exploratória da produção técnico-científica entre 1990-2014 e proposição de uma agenda de pesquisa. In: XIX SemeAd - Seminários em Administração; 2016; São Paulo. São Paulo: FEA/USP; 2016.
- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. A responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília: CNS; 2013.
- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília CNS; 2002.
- Nogueira MA. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez; 2005.
- Oliveira VCS. Sociedade, Estado e administração pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras – MG. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Lavras. Lavras; 2009.
- Paula APP, Keinert TMM. Inovações institucionais participativas: uma abordagem exploratória da produção brasileira em Administração Pública na RAP e no EnAPG (1990-2014). *Cadernos EBAPE.BR (FGV)*. 2016; 14:744-758.
- Silva ERA. Participação social e as conferências nacionais de políticas públicas: reflexões sobre avanços e desafios no período de 2003-2006. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2008.

# Participação social e regionalização: a construção de um diálogo territorializado

**Social participation and regionalization: the construction of a territorialized dialog**

Sandra Greger Tavares<sup>1</sup>, Eda Terezinha de Oliveira Tassara<sup>II</sup>

## Resumo

O artigo aborda a participação social em articulação com a regionalização da saúde no âmbito do SUS, com o objetivo de discutir de que forma tem se estruturado o diálogo entre os diversos atores das instâncias políticas e socioambientais do controle social. A coerência entre as expectativas veiculadas por estas políticas e sua operacionalização no plano territorial será analisada, por método compreensivo-racional, contrapondo as esperanças projectuais e os princípios subjacentes às dinâmicas de ordenamento da atenção à saúde em redes e de organização dos conselhos e movimentos sociais de saúde, através do estudo de caso do município de Jacareí. Discutiu-se a fragmentação socioambiental das paisagens, identidades e formas associativas vinculadas ao atravessamento pelo fenômeno da globalização; a precarização dos mecanismos formais de participação social e a não potencialização da participação pela regionalização da saúde. Concluiu-se que há significativos desajustes entre as esperanças projectuais das políticas de participação social e regionalização da saúde e o atendimento efetivo destas expectativas e se propôs formas de planejamento e gestão interativas, norteadas pela construção de modalidades dialógicas e territorializadas de interação social entre os diversos atores sociais do cenário da saúde.

**Palavras-chave:** Participação social; Regionalização; Sócio ambiental; Interação social; Globalização.

## Abstract

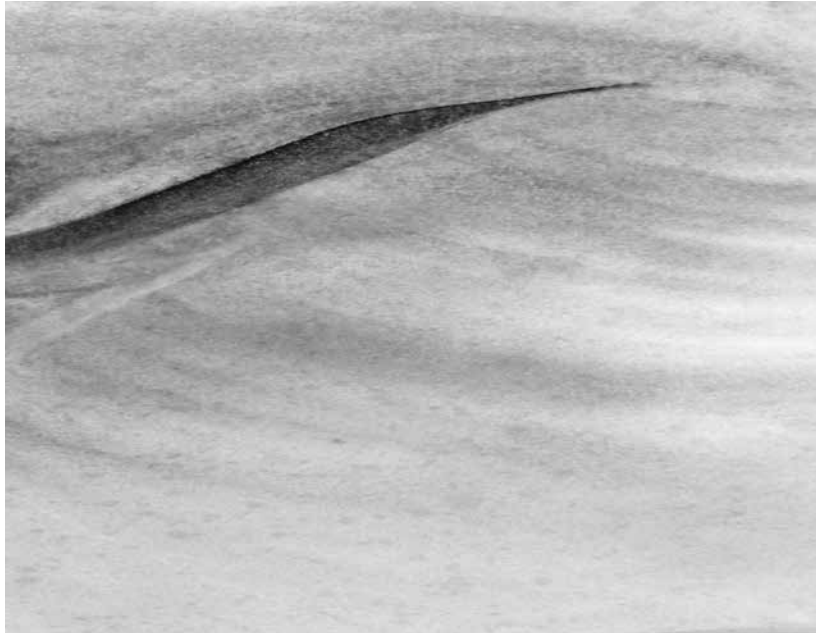
The article approaches the articulation between social participation and the regionalization of health in the scope of SUS, with the objective of discussing in what ways the dialog between the various political and socio-environmental actors present on social control is structured. The consistency between the expectations brought by those policies and its operation in a given territorial plane is to be analysed, by comprehensive-rational method, in contrast with the projectual hopes and the underlying principles of both the health care's networked organizational dynamics and the organization of health councils and social movements. , através do estudo de caso do município de Jacareí. It is discussed the socio-environmental fragmentation of landscape, identity and associative forms linked by the phenomenon of globalization; the precariousness of formal means of social participation and the incomplete potentialization of said participation by the regionalization of health. It concludes that there are significant mal-adjustments between the projectual hopes of the policies about social participation and regionalization of health, and the effective fulfilment of those expectations, and it's proposed interactive ways of planning and management, headed by the construction of dialogical and local ways of social interaction between the various social actors in health care.

**Keywords:** Social participation; Regionalization; Social environment; Social interaction; Globalization.

<sup>1</sup> Sandra Greger Tavares (gregerusp@gmail.com) é psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SES-SP).

<sup>II</sup> Eda Terezinha de Oliveira Tassara (edalapsi@hotmail.com) é física, Mestre, Doutora e Professora Livre Docente em Psicologia do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e Pesquisadora e fundadora do do Laboratório de Psicologia Sócio-Ambiental e Intervenção (LAPSI), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Foi Professora Visitante do *Instituto Nazionale di Fisica Nucleare* da Universidade de Pisa, Itália; do *Laboratoire de Psychologie Environnementale*, da Universidade de Paris V, do *Centre de Recherches Historiques da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (EHESS), de Paris e da *Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla* (UPAEP), do México.





### Introdução

No mundo contemporâneo, esperanças de transformação têm se intensificado e reaparecido sob as mais variadas formas de manifestação social, em parte devido ao vislumbre de melhores condições de vida; em contrapartida, parece que estes desejos vêm sendo frustrados de forma recorrente na realidade socioambiental.

Zizek<sup>38</sup> (p.E2) sinaliza a necessidade de se identificar a violência naquilo que permanece e não apenas quando algo muda. Trata-se de ultrapassar a invisibilidade da violência e tentar reencontrá-la em sua dimensão mais profunda e estrutural, sob os escombros que resultam dos anseios de paz, mimetizados em expectativas programáticas que têm servido muitas vezes para manutenção do poder.

Seria possível realizar as esperanças projectuais<sup>21</sup> implícitas nas políticas públicas de saúde, de modo que possam realmente contribuir para

a viabilização de anseios que se traduzem, em última instância, na expectativa da garantia do direito universal à saúde?

Com base nos princípios doutrinários do SUS, preconizados desde a Constituição Federal<sup>11</sup>, a saúde passa a ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado que necessita então prover e democratizar as ações e serviços, garantindo universalidade, igualdade e integralidade na atenção à saúde. Supera-se uma perspectiva curativa de saúde, concebida como ausência de doença e se assume uma concepção ampliada, relacionada às condições de vida da população.

A despeito dos inúmeros avanços no plano técnico e político, desde a regulamentação do SUS, é possível observar inadequações e desvios que configuram déficits na oferta de ações e serviços públicos de saúde de qualidade frente às complexas e imprevisíveis demandas por saúde da população e comprometem o acesso e

a continuidade da atenção, mesmo com a maior descentralização<sup>26</sup> (p.429-435).

É neste ponto especialmente que a discussão sobre os impasses para a afirmação da saúde como direito universal tangencia a temática da violência. É importante levar em conta as formas de violência que se ocultam sob a vulnerabilidade programática das políticas públicas. A violência implícita no contraste entre o ideário das políticas públicas e as formas precarizadas de concretização de suas estratégias programáticas na realidade cotidiana brasileira deve ser problematizada.

Quanto mais democrático é o Estado, maior deveria ser o grau de representatividade da sociedade por este neste Estado, mas, por hipótese, este Estado não consegue representar a sociedade de maneira a satisfazer todas as aspirações, expectativas e possibilidades de organização humana no espaço total. Sob tal perspectiva, um projeto social deveria buscar influenciar o teor de representatividade do Estado na produção da organização humana no espaço<sup>34</sup> (p.78).

Neste sentido, o estudo sobre a dinâmica da participação social em sua articulação com o processo de regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário, uma vez que o ordenamento da saúde em redes pode ser considerado como a dimensão territorial da universalização da saúde e, portanto, corresponderia a uma forma intensiva de aproximação entre Estado e sociedade que ampliaria as perspectivas de diálogo entre as diversas instâncias e atores envolvidos.

Seria possível analisar a partir desta problematização, entre outros aspectos, se a motivação para a constituição de grupos populares que surgisse de demandas locais permitiria, a esses grupos, que se articulassem de uma maneira mais permanente e autônoma, por serem supostamente mais enraizados no território, e discutir em que medida estes coletivos conseguiriam dialogar com

as instâncias políticas deliberativas da gestão pública de saúde e/ou ainda participar do planejamento das políticas públicas, minimizando assim os efeitos nocivos da violência programática e do desenraizamento intensificado pela globalização.

Este artigo tem por objetivo, então, contribuir com a discussão sobre os encaixes/desencaixes que se produzem no encontro/desencontro entre as esperanças contidas no projeto SUS e suas formas de operacionalização na realidade socioambiental por meio das estratégias de regionalização e participação social, considerando sua transversalidade com os fenômenos da globalização e da violência e as modalidades de diálogo que se estabelecem entre os atores sociais do cenário da saúde.

### **Desenvolvimento**

- Percurso metodológico:

A análise sobre as políticas de participação social e regionalização da saúde empreendida neste artigo pautou-se em método compreensivo racional alimentado mais diretamente por um sistema de buscas construído a partir de um estudo matricial, descritivo e diagnóstico, realizado no território conturbado de Jacareí, estado de São Paulo, no Vale do Paraíba, entre outros referenciais. Neste estudo matricial<sup>30</sup>, produziu-se conhecimento transdisciplinar, por meio de observação sistemática, e foram geradas imagens instantâneas, sintéticas e aproximativas com relação às seguintes problemáticas: formas e dinâmicas de alta complexidade relacionadas aos modos psicossociais de ocupação do território e de organização de coletivos sociais e políticos, discutidas e analisadas à luz do conceito teórico de enraizamento<sup>37</sup> (p.407-440), entre outros, e relacionadas ao contexto globalizado.

Foram investigadas as utopias de transformação (esperanças projectuais) implícitas nos

discursos dessas políticas públicas de saúde, avaliando-se eventuais avanços e discriminando aquelas políticas que, se mostrando capazes de interagir com a dinâmica socioambiental, conduzam-nas para aproximações com as aspirações utópicas ou delas se afastem, quando referidas a dimensões distópicas (“antiutópicas”)<sup>29</sup>.

A capacidade de projetar, como parte do universo operativo, possibilita a união do ser humano à realidade e à história. A utopia, como atividade livre e espontânea, permite projetar sem fazer e guarda em sua racionalidade a esperança de sua realização, a esperança projectual<sup>21</sup>.

Construiu-se, neste contexto, uma crítica projectual<sup>32</sup> por meio da desnaturalização das ideologias subjacentes ao direcionamento político imputado às formas de operacionalização das racionalidades implícitas nos projetos sociais de participação social e regionalização da saúde no SUS.

- Jacareí: um caso ilustrativo?

Os estudos realizados em Jacareí<sup>25,15,16</sup>, inseridos na referida investigação matricial<sup>30</sup>, apontam para uma fragmentação socioespacial no município, que tende a alimentar a construção de modos de relação comunitária voltados para o atendimento imediato das necessidades cotidianas de sua população. Estas ações sociocomunitárias revelam-se insuficientes, porém complementares e/ou substitutivas com relação às ações estatais e de outros atores sociais e acabam por fortalecer a coesão identitária de seus moradores em torno de *isolats* (comunidades em relativo isolamento), ou mesmo, de bairros situados no centro histórico expandido, criando novas centralidades a eles associadas.

Oliveira<sup>25</sup> identificou em Jacareí uma policulturalidade evidenciada por um sistema intrinsecado de centros imaginários, tendo como referência-origem um centro histórico tradicional que

se desloca, muitas vezes, de Jacareí para São José dos Campos ou para outras localidades. De acordo com Tassara<sup>30</sup>, as sinergias entre esses *isolats* são episódicas e rarefeitas, sendo, quase sempre, contingências fortuitas da inserção de indivíduos, como pontos de redes de sociabilidade das quais são participantes seus moradores, podendo situar-se em antecedentes familiares, de origem territorial ou profissional, de participação em grupos religiosos ou associações, conselhos etc.

Com base nestes achados<sup>29</sup>, a autora concluiu que existe atualmente uma tendência ao predomínio de formas associativas fortemente vinculadas ao território, embora não pelo território em si, mas sim pelo fato deste ele ser morada de comunidades de existência<sup>18</sup>, cujo sentido existencial comum não se evidencia no momento presente. Constata-se, ao mesmo tempo, a fragilidade das identidades individuais por sua inscrição inexorável no processo global de produção associada à construção mágica da quimera de um destino comum. Quando organizados em grupos, estes indivíduos não conseguem se constituir como movimentos políticos, reproduzindo raízes da própria formação social e cultural brasileira e, assim, evidenciando uma questão central na problemática urbana brasileira generalizada no país, a saber: a inexistência de uma planificação técnica e política pública que permita sua crítica projectual.

Oliveira<sup>25</sup> sugere que o impacto da dinâmica da globalização abrange a própria paisagem em sua construção, que é então marcada por uma padronização operada por uma indústria da construção cada vez mais movimentada por capitais externos. Estabelece-se, desse modo, um ambiente também padronizado e descaracterizado em suas relações com os ecossistemas remanescentes da natureza e com a memória social, tal como observado em Jacareí. Se a própria

paisagem se mostra distante dos seus habitantes e alheia ao plano societário da coletividade, a assimilação dessa escala do território e da paisagem municipais só poderia se dar de forma fragmentada, tanto pelos planejadores e técnicos dos poderes públicos, quanto pelas lideranças políticas. A paisagem se torna veículo para a sociedade de consumo e favorece o surgimento de demandas construídas artificialmente como necessárias, embora vazias de significação para a própria população. Isto implica em dificuldade crescente para se trabalhar no planejamento de um município, pois processos de ordenamento do território pautados na valorização da identidade psicossocial coletiva ficam prejudicados *a priori*.

Acredita-se que o pertencimento desenraizado e meramente formal, vinculado predominantemente a espaços institucionais e burocráticos, sem ou com pouca conexão com o processo de organização sociopolítica no plano societário do território, tem servido de base para as instituições democráticas em construção no país, inclusive as instâncias de participação social<sup>35</sup> (p.13-24).

Em estudo sobre a participação social em saúde, também realizado em Jacareí, identificou-se uma situação paradoxal: os conselhos de saúde existem, mas encontram-se, de certa forma, estagnados devido a inúmeros fatores: instabilidade jurídica acionada por Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) movidas por cidadãos ou, muitas vezes, por representantes do governo contra as leis que regem estes dispositivos; captação de participantes dos movimentos espontâneos pelas instâncias de participação institucionalizadas; tendência à cooptação de representantes dos segmentos usuários e profissionais da saúde desses conselhos para atender aos interesses estatais, que muitas vezes se mostram distanciados com relação às demandas socioambientais; falta de investimento público para

estabelecer e manter a infraestrutura necessária ao funcionamento dos conselhos, inviabilizando, em especial, a participação dos usuários; e, finalmente, descrédito dos cidadãos acerca do teor da representatividade e autonomia efetivas no exercício da participação social por parte de usuários e profissionais de saúde<sup>16</sup>.

No que tange à integração entre o processo de regionalização da saúde e a dinâmica da participação social em Jacareí, há indícios de desconhecimento quase total sobre esta interação imprescindível que poderia se dar, inclusive, por meio da instauração de conselhos regionais de saúde, inexistentes nestas localidades. De acordo com dados constantes no Observatório de Saúde do Vale do Paraíba<sup>36</sup>, de 2007, Jacareí pertence ao Diretório Regional de Saúde de Taubaté (DRS XVII) e se insere no Comitê Gestor Regional do Alto Vale do Paraíba e no Comitê Gestor Regional da Rede Regional de Atenção à Saúde (CGR RRAS – 17); ambos contando apenas com a representação do secretário municipal de saúde, sendo que não se encontram aí inseridos outros representantes dos conselhos de saúde<sup>16</sup>.

Gomes<sup>15</sup>, em estudo desenvolvido em Jacareí, destaca que é impossível compreender e organizar um processo de regionalização contemporâneo estritamente pelo âmbito de sua coesão local. As situações socioregionais transcendem os recortes políticos e administrativos e evidenciam tensões locais pelo estabelecimento de processos de micro regionalizações internas e entre municípios adjacentes, que, por sua vez, sofrem o impacto de agentes da globalização econômica.

É evidente o grau de dissociação entre os direcionamentos políticos operacionalizados no município e as esperanças projectuais correspondentes às políticas de participação social e regionalização da saúde, condições necessárias e interdependentes para garantir a universalização da saúde. Seria esta uma tendência nacional?



### **Análise da coerência entre esperanças projectuais e estratégias organizativas das políticas de participação social e regionalização da saúde no SUS**

A descentralização do SUS nos anos 1990 priorizou relações verticais e resultou na ampliação da abrangência do poder municipal na gestão em saúde. Entretanto, ainda parece evidente, a fragilidade no planejamento regional dos mecanismos de descentralização do SUS. Diante das estratégias de regionalização da saúde em curso, percebe-se a necessidade de refinamento e adequação às múltiplas realidades e desigualdades socioespaciais brasileiras<sup>2,19</sup>.

Diretrizes governamentais foram propostas para o enfrentamento destes desafios, entre elas a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)<sup>6</sup> e o Pacto pela Saúde<sup>5</sup>, que elegeu a regionalização como estratégia prioritária para a integração dos serviços e ações de saúde. Indica-se no Pacto pela Saúde a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) como espaços para as negociações intergovernamentais (estado e municípios) para organizar redes assistenciais regionalizadas e orientar a ampliação dos investimentos públicos no SUS.

Seguindo o princípio da descentralização, a participação da comunidade no SUS, já prevista na Constituição de 1988, foi regulamentada por lei<sup>10</sup> que determinou a instauração, nas esferas governamentais federal, estadual e municipal, dos conselhos de saúde, com caráter permanente e deliberativo, – para atuar no controle da execução da política pública, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros –, cuja composição deveria ser de usuários do SUS (metade das vagas) e representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde (ocupando de forma equitativa a outra metade das vagas).

Preconizou-se, por meio do Decreto Federal nº 7.5084, que o processo de planejamento da

saúde, em consonância com o eixo que prevê a organização do sistema em redes regionalizadas, deveria ser ascendente, integrado do nível local ao federal, sendo ouvidos os respectivos conselhos de saúde, isto é, uma espécie de planejamento participativo.

É sugestiva a recomendação, referente à participação social que consta do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde<sup>3</sup> para que se criem conselhos regionais, garantindo-lhes infraestrutura e logística e impedindo que os CGR os substituam nas competências deliberativas, a fim de preservar a efetividade do controle social.

Esperava-se que o ordenamento em redes potencializasse a participação social, que deveria também se dar de forma capilarizada, ascendente e articulada em cada região de saúde. No entanto, a possibilidade de participação da sociedade civil nas decisões políticas do setor de saúde, inclusive no que tange ao planejamento estratégico da regionalização, por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais, municipais e gestores), parece não estar contribuindo, de modo geral, para a superação das desigualdades que ocorrem nas relações sociais em nosso país, como um todo, e nem para a universalização da saúde. Configuram-se, nestas instâncias, relações de poder em que o espaço de deliberação política se faz inacessível aos cidadãos e se mostra fragilizado, por vezes gerando um efeito de burocratização e engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde sua presença se encontra juridicamente assegurada<sup>14</sup> (p.2437-2445).

Entre os impasses identificados, em nível nacional, no que diz respeito ao funcionamento dos conselhos municipais de saúde (CMS), por exemplo, destacam-se os seguintes: dificuldades de comunicação entre o CMS e a comunidade; concentração das informações nos gestores e técnicos, que acabam influenciando as decisões,

deixando os representantes dos usuários muitas vezes alheios ao debate e sem voz ativa; tendência a uma abordagem técnica nas discussões, pouco dedicadas ao debate sobre as políticas de saúde e os indicadores sociais<sup>28</sup> (p.2411-2421).

O Ministério da Saúde<sup>8</sup> criou uma comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do SUS, que viria a ser conhecida como Comissão Intergestores Tripartite (CIT), articulando gestores federais, estaduais e municipais. Posteriormente na Norma Operacional Básica (NOB), de 1993, foi criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como fórum de pactuação entre gestores estaduais e municipais.

A criação das comissões intergestores, que se tornaram o principal espaço de negociação entre os três níveis de gestão do sistema, mostra o fortalecimento do papel dos gestores federais. Apesar do potencial democrático das comissões intergestores, evidenciam-se fragilidades a serem investigadas, tais como o fechamento à participação de atores sociais e o estabelecimento de canais diretos entre os gestores federais, estaduais e municipais, individualmente e por intermédio de suas, cada vez mais influentes, entidades associativas: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)<sup>12,20</sup>.

Ao retratar a microdinâmica da CIB Bahia, Leão<sup>20</sup> destaca, como um dos pontos de maior vulnerabilidade em seu funcionamento, a insuficiente permeabilidade social, na medida em que se explora muito pouco e de maneira pontual o diálogo com os atores sociais, que raramente são considerados de modo efetivo nos processos decisórios e deliberativos, permanecendo como um potencial a ser desenvolvido. Em tese, os conselhos de saúde deveriam referendar ou aprovar todas as resoluções em discussão nas comissões intergestores que dizem respeito às

políticas de saúde. Além disso, o autor também denuncia a tendência a suprimir ou antecipar o debate de certos assuntos, retirando-os do fórum das comissões intergestores e transferindo-o para outros espaços não sujeitos ao controle dos conselhos de saúde, neutralizando, assim, o fundamento democrático destas instâncias.

É fundamental que se perceba que a primeira condição para que se possa planejar e desenvolver um projeto de natureza social é considerar que o desenvolvimento histórico não se dá espontaneamente, pois é resultante de uma luta estratégica entre grupos, interesses e visões diferentes. O Estado deve reconhecer e administrar as relações (por vezes conflituosas) entre diferentes grupos, por meio de políticas públicas que objetivem o aumento da representatividade de cada um deles, no sentido de atender às suas necessidades<sup>30,34</sup>.

As relações entre os grupos no jogo de forças político se dão no “socioambiente”, ou seja, há que se considerar as relações sociais como socioespaciais. O meio em que um sujeito habita (socioambiente) constitui-se, tanto pelas interações sociais estabelecidas e vividas por ele, como pelo ambiente físico no qual elas irão se desenvolver e ao qual também irão transformar. Se o espaço é formado, por um lado, pela resultante do material acumulado a partir das ações humanas através do tempo, por outro, é organizado pelas ações atuais que o animam e que a ele atribuem função e dinamismo. É a sociedade, em última instância, o ser humano, que anima as formas espaciais (paisagem), atribuindo-lhe um sentido e que, portanto, tem o poder de transformar a organização do espaço ao longo da história<sup>33</sup> (p.221-233).

As conjecturas vinculadas a um processo político e administrativo de regionalização, inclusive o da saúde, deveriam levar em conta essa imbricação entre sociedade, espaço e tempo,

de modo que a estratégia de regionalização (em sua perspectiva geográfica) dialogasse continuamente e dialeticamente com as dinâmicas em jogo no socioambiente considerado (perspectiva psicossocial e sociopolítica).

Na implantação da estratégia de regionalização da saúde é fundamental que se diferenciem dois importantes constructos, postulados em contextos fronteiriços e interdisciplinares: regiões geográficas e regiões de saúde. Região geográfica é uma categoria de análise científica, que pressupõe uma perspectiva global e a análise da dinâmica dos lugares em relação à dinâmica da totalidade do mundo. A região de saúde, por sua vez, não é uma região geográfica, trata-se de uma estratégia de planejamento setorial para a organização política, institucional, técnica e assistencial, com objetivo de tornar mais eficaz a ação do Estado na garantia do direito universal à saúde<sup>2</sup>.

A conciliação entre pressupostos tão diversos, impossível do ponto de vista epistemológico, realiza-se na formulação das políticas públicas de regionalização, induzindo muitas vezes a interpretações distorcidas que tendem a identificar de modo linear regiões de saúde e geográficas, não operando com as contradições inerentes à sobreposição destas formas de concepção e organização do espaço. A discriminação entre tais constructos e seus pressupostos se faz necessária não apenas do ponto de vista técnico e científico, mas também político e ideológico.

A tentativa de abordar a questão do espaço em sua integralidade remete à definição de ambiente como organização humana no espaço total. De acordo com Santos<sup>27</sup>, o espaço total é que constitui o real, enquanto as frações do espaço (casa, edifício, bairro, cidade), que aparecem tanto mais concretas quanto menores, é que constituem o abstrato, na medida em que seu valor sistêmico não está na coisa tal como se vê,

mas no seu valor relativo e mutável dentro de um sistema mais amplo e que corresponde às condições atuais da sociedade.

Para fomentar um planejamento e uma gestão das redes de atenção à saúde efetivamente democráticos, é importante distinguir escalas e direcionalidades dos vetores hegemônicos da globalização, que aceleram as diferenciações espaciais internas e resultam em usos divergentes, desiguais, competitivos e conflituosos dos territórios<sup>13</sup> (p.55-60) e possíveis formas inovadoras e contra-hegemônicas (altermundialistas) de territorialização<sup>4</sup>.

Haesbaert<sup>17</sup> interroga a possibilidade de se operar um processo de regionalização, num mundo marcado por uma constante dinâmica de desterritorialização. Problematiza a tendência a se reduzir a compreensão do mundo contemporâneo à questão da desterritorialização em oposição à territorialização e a se entender a organização socioespacial da sociedade pós-moderna exclusivamente sob a forma de “territórios-rede” (embora sejam predominantes), como se a única propriedade do espaço social fosse a de descontinuidade dos processos de presença e ausência promovidos pela compressão do tempo e espaço, em oposição aos “territórios-zona”. A multiterritorialidade é a forma contemporânea da reterritorialização e não de desterritorialização. Novas formas de regionalização são propostas, então, considerando-se a interseção entre lógicas reticulares (redes e “territórios-rede”), zonais (“territórios-zona”) e a ilógica daquilo que o autor denominou como aglomerados humanos resultantes dos processos de exclusão socioespacial – os *isolats*<sup>17</sup> (p.45-56) –, tal como ocorre em Jacareí?

O planejamento de políticas públicas deveria ser estratégico e interativo, constituindo-se em alternativa ao planejamento compreensivo-racional que pressupõe a tomada antecipada de decisões baseada em análises racionais das

situações problemáticas, revertendo-se em um contínuo temporal passado-presente-futuro, exigindo processos flexíveis de adaptação de planos e visões, desde a identificação de demandas. As avaliações e reformulações incrementais teriam que se basear dialeticamente em trocas intensas de informações entre participantes, sob verificação empírica *pari passu* com o desenrolar do planejamento e da ação, considerando sua dimensão socioespacial.

### Conclusão

É fundamental promover a desconstrução das operações ideológicas que subjazem ao planejamento e à gestão das políticas de regionalização e de participação social em saúde, na medida em que estas sustentam a ilusão de que suas expectativas projectuais serão pronta e integralmente atendidas rumo à universalização da saúde. Na análise crítica destas políticas sociais é importante considerar a necessidade de se realizar ajustes contínuos e dinâmicos entre as utopias que veiculam e as bricolagens estratégicas que são operacionalizadas a partir das configurações do socioambiente. Não há como negar que estruturas e dinâmicas de organização socioambientais pré-existentes condicionam as racionalidades presentes e futuras destas políticas, expressando compromissos anteriormente assumidos.

Há indícios que permitem supor que a temática da violência esteja catalizando a projeção das mais diversificadas experiências associadas a estes descompassos entre as esperanças projectuais e as formas de concretização das políticas públicas no cotidiano, ainda que esta contradição não seja adequadamente percebida. O que se percebe é o medo, a frustração, a insegurança, a revolta, que segundo Martins<sup>22</sup>, expressam a falta de confiança nas instituições por parte

de uma sociedade que vem perdendo as referências, revelando-se, a cada rito de violência, como uma sociedade que vem se acabando, para se tornar “um aglomerado provisório de seres sem rumo”<sup>22</sup> (E.2).

Martins<sup>23</sup> associa as desigualdades sociais que não apenas sobrevivem, mas se acirram no mundo globalizado, a novas formas de representação e poder que vão além da questão da exclusão social. O autor aponta que “a concepção de exclusão é “antidialética”. Ela nega o princípio da contradição, nega a história e a historicidade das ações humanas”<sup>23</sup> (p.3). Analisa as formas perversas, precárias ou patológicas de inclusão social como decorrentes de um modelo de reprodução ampliada do capital, que, no limite, produz escravidão, desenraizamento, pobreza e também ilusões de inserção social.

Vivem-se hoje os efeitos do acirramento das desigualdades, da crescente inclusão precária e das formas de mobilidade e configuração regionais múltiplas, ambíguas e complexas, vinculadas ao impacto da globalização. E isto tudo é uma forma de poder, de reprodução de relações de poder profundamente desiguais e que geram iniquidades e perpetuam formas invisíveis de violência que devem ser enfrentadas, inclusive no âmbito da saúde.

A conexão mais alinhada entre a planificação técnica, tal como desenhada a partir das políticas públicas de regionalização, seus compromissos utópicos e a participação popular no cerne da instabilidade socioambiental aqui problematizada, poderia tomar como pressuposto a proposição de uma arquitetura da capilaridade<sup>29</sup> (p.253-277). Esta proposta consiste em uma forma de engenharia projectual, que requer um mapeamento da realidade que entenda os sujeitos coletivos e individuais atuantes, a distribuição espacial dos mesmos no território e na população em função da sua segmentação (urbano-rural,



étnica, socioeconômica, etária, de gênero etc), antes de se propor qualquer forma de planejamento regional.

Além disso, considera-se que a eficácia social e política, no seu plano máximo, só poderia ser atingida pela transformação de cada sujeito em protagonista histórico, isto é, em um sujeito capaz de entender as possibilidades de transformação que o mundo oferece, capaz de entender o poder que tem de atuar nessas transformações e capaz de se engajar numa busca coletiva de mudança de deseabilidade da vida social.

Como possíveis formas de enfrentar a globalização na contemporaneidade, sugere-se a proposição de intervenções em vários níveis, começando pelo enfrentamento de aspectos psicossociais impeditivos, vinculados à não participação individual; entre eles a negatividade – um impedimento afetivo de enfrentar as consequências cognitivas da subjugação – e a positividade – a incapacidade de conceber formas alternativas de realidade –, por meio de práticas que estimulem a participação desde o início, ou seja, desde o planejamento da intervenção.

Poderiam ser desenvolvidas formas de intervenção denominadas emancipatórias, na medida em que promovam o desenvolvimento da capacidade de suportar o confronto com a alteridade, da capacidade dialógica com esta alteridade e da capacidade participativa, colaborando com a construção de uma participação social democrática. Tassara e Ardans-Bonifacino<sup>31</sup> sugerem que se invista na formação de vanguardas promotoras e/ou condutoras de grupos interessados na mudança que, ao mesmo tempo, sejam capazes de autoanular sua própria liderança, não priorizando visões ou modelos pré-estabelecidos, quer individuais, grupais ou coletivos. As posições minoritárias devem ter espaço no interior de instituições de governo e do Estado, de modo a serem capazes de abrigar as maiorias e as minorias

emergentes, de suportar o dissenso e de impedir o exercício da violência e do domínio de umas sobre outras.

No campo da Saúde Coletiva se faz necessário desenvolver mais análises pautadas no reconhecimento do papel histórico dos sujeitos individuais e coletivos frente às determinações e limitações impostas por estruturas rígidas, considerando-se assim o lugar significativo da *práxis* para a compreensão aprofundada sobre as condições de saúde em sua perspectiva ampliada e contextualizada no âmbito da crítica projectual.

Afinal, como já assinalara Minayo<sup>24</sup> (2001):

*“...o campo da saúde (coletiva) sempre se importou mais com a lógica médica da enfermidade do que com a sociológica dos sujeitos. Também nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias às relações entre funções, papéis e relações técnicas. Ainda quando o planejamento estratégico é incluído no campo organizacional, seus objetivos são preferencialmente voltados para perceber a vontade dos diferentes atores, a fim de controlá-los e dominá-los, do que para chamar à participação efetiva” (p.15).*

#### Referências

1. Agrikoliansky E, Sommier I, Cardon D, Leveque S (Orgs). Radiographie du mouvement altermondialiste: le second Forum Social Européen. Collection Pratiques Politiques. Paris: La Dispute; 2005.
2. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. (Tese). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política

- pública, patrimônio do povo brasileiro. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 29 jun 2011.
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde, v.3.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95. Aprova a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 26 jan 2001.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 20 mai 1993.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.180. Cria a comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 22 jul 1991.
  9. Brasil. Lei n. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF; 19 set 1990.
  10. Brasil. Lei n. 8142 de 28 de dez. 1990. Dispõe sobre a participação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Poder Executivo, Conselho Nacional de Saúde; 31 dez 1990.
  11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
  12. Cortês SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7):1626-1633.
  13. Costa WM. Subsídios para uma política nacional de ordenamento territorial. In: Para pensar uma política nacional de ordenamento territorial. Anais da Oficina sobre a Política Nacional de Ordenamento Territorial, realizada em Brasília, em 13-14 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional; 2005. p.55-60.
  14. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Cien. Saude Colet. 2010; 15(5):2437-2445.
  15. Gomes C. Ciência do espaço humano e Psicologia Social: aportes teórico-metodológicos para um diálogo interdisciplinar sobre modelos de urbanização e urbanidade. (Relatório Científico Estágio de Pós Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2013.
  16. Greger Tavares SM. Movimentos sociais em saúde: associações voluntárias e conselhos municipais e locais de saúde - potência de ação e enraizamento. 2014. (Relatório Científico. de Estágio de Pós Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2014.
  17. Haesbaert R. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: Lopes L, Bastos L (Orgs.). Identidades: recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado de Letras. 2002; p.45-56.
  18. Kracauer S. O ornamento da massa. São Paulo: Cosac Naify; 2009.
  19. Lima LD, Queiroz LFN. O Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD (Orgs.). Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012; p.229-252.
  20. Leão TM. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a partir do CIB Bahia. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2013.
  21. Maldonado T. Meio ambiente e ideologia. Lisboa: Giulio Eniaudi Editore; 1971.
  22. Martins JS. Seres sem rumo. O Estado de São Paulo. Caderno Aliás. 8 mai 2014; p.E2-E3. [acesso 12 set 2017]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,seres-sem-ruo,1164950>
  23. Martins JS. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

24. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(1):7-19.
25. Oliveira JO. Leituras de paisagens ambientais contemporâneas no município de Jacareí-SP: contribuições aos estudos sobre o processo de conturbação na Vale do Paraíba Paulista. [Relatório Científico de Estágio de Pós Doutorado]. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
26. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. *Cien. Saude Colet.* 2007; 12(2):429-435.
27. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: HUCITEC; 1996.
28. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(11):2411-2421.
29. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino HO, Massola GM, Arca-ro NT. Un análisis de la política pública brasileña “Coletivos Educadores para Territorios Sustentables”. In: Tassara ETO, Guevara J (Orgs.). *Problemáticas socio-ambientales en territorios latino-americanos.* México: UPAEP; 2013. p.253-277.
30. Tassara ETO (Coord.). *Formas organizativas de coletivos sociais e políticos em cidades latino-americanas: um estudo psicossocial do enraizamento em fronteiras urbanas-periurbanas no território de São Paulo-SP.* [Relatório final projeto FAPESP n.2010/51221-9]. São Paulo: FAPESP; 2013.
31. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino O. Democracia, território, sustentabilidade: um estudo de caso com base em depoimentos de dirigentes políticos do Ministério do Meio Ambiente do Brasil sobre Educação Ambiental. [Relatório Técnico-Científico]. Brasília: Ministério do Meio Ambiente do Brasil; 2012.
32. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino O. A relação entre ideologia e crítica nas políticas públicas a partir da Psicologia Social. *Ver. Psicol. Política.* 2007; 7(14):1-17. [acesso em: 20 nov 2014]. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=95>.
33. Tassara ETO. O pensamento contemporâneo e o enfrentamento da crise ambiental: uma análise desde a psicologia social. (Posfácio). In: Carvalho ICM, Grün M, Trajber R (Orgs.). *Pensar o ambiente: bases filosóficas para a Educação Ambiental.* Brasília. Ministério da Educação: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade/UNESCO; 2006. p.221-233.
34. Tassara ETO. Avaliação de projetos sociais. Uma alternativa política de inclusão? In: Souza L, Trindade ZA (Orgs.). *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.75-104.
35. Tassara ETO. Utopia e anti-utopia: o ressuscitar da história. In: Souza L, Freitas MFD, Rodrigues MMP (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. p.13-24.
36. Universidade do Vale do Paraíba. Observatório de Saúde do Vale do Paraíba Paulista. São José dos Campos: Núcleo Regional de Saúde Pública do Vale do Paraíba; 2007. [acesso em: 01 dez 2014]. Disponível em [http://www.univap.br/observatorio\\_teste/pagina-inicial](http://www.univap.br/observatorio_teste/pagina-inicial).
37. Weil S. O desenraizamento. In: Bosi E. (Ed.). *A condição operária e outros estudos sobre a opressão.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996. p.407-440.
38. Zizek S. Ela está no meio de nós. Entrevista concedida a Ivan Marsiglia. *O Estado de São Paulo. Caderno Aliás.* 2014; p.E2. [acesso 12 set 2017]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ela-esta-no-meio-de-nos,1164948>

# Sustentabilidade: desdobramentos face a uma busca emancipatória

*Sustainability: uncovering's towards an emancipatory search*

Mariana Malvezzi<sup>1</sup>

## Resumo

A presente pesquisa teve por objetivo estudar a sustentabilidade e a emancipação como pilares interdependentes da existência do homem e da sociedade. Aqui, a sustentabilidade é entendida como a possibilidade da permanência e continuidade de ambos. A emancipação é compreendida como a vivência da condição ontológica de ser capaz de participar de seu próprio futuro. Basta uma breve análise das produções acerca desses objetos para expor sua complexidade e a relação interdependente com que estão implicados, num movimento dialético no qual a realização de um requer a compreensão e consideração do outro. Este artigo, portanto, assumiu o exame da sustentabilidade e da emancipação como seus principais objetos. Para tanto levantou, por meio da aplicação da Técnica Q, o entendimento léxico sobre a sustentabilidade por profissionais que atuam com ações e reflexões voltadas a esta temática. Como principal resultado deste levantamento observou-se que os entendimentos sobre a sustentabilidade encontram-se majoritariamente atrelados ao controle dos danos físicos ao ambiente e que a sustentabilidade e a emancipação, principal objeto deste estudo, não se vinculam entre si nas ações propostas pelos sujeitos. Fato que reforça o longo caminho a ser percorrido na discussão destes pilares como elementos cruciais da vida humana, uma vez que a sustentabilidade somente poderá ser viabilizada por indivíduos que almejem a emancipação e, portanto, se mostrem capazes de construir uma narrativa que lhes seja própria.

**Palavras-chave:** Sustentabilidade; Emancipação; Identidade.

## Abstract

The present research aimed to study sustainability and emancipation as interdependent pillars of man's and society's existence. Here, sustainability is understood as the possibility of permanence, continuity of both. Emancipation is understood as the experience of ones ontological condition, as being able to participate in ones own future. A brief analysis of the productions of these objects is enough to expose their complexity and the interdependent relationship with which they are implicated, in a dialectical movement in which the realization of one requires the understanding and consideration of the other. This article therefore took the examination of sustainability and emancipation as its main object. In order to do so, through the application of Q Methodology, it searched the lexical meaning of sustainability in professionals who work with actions and reflections focused on this theme. As the main consideration of this survey, it was observed that the understandings of sustainability were mostly linked to the controls of the physical damages to the environment and that sustainability and emancipation, main object of this research, don't associate to each other in the actions proposed by the participants. This fact reinforces the long path to be followed in the discussion of these pillars, as crucial elements of human life, since sustainability can only be possible by individuals who aim emancipation and therefore are able to build a narrative of their own.

**Keywords:** Sustainability; Emancipation; Identity.

<sup>1</sup> Mariana Malvezzi (mariana.malvezzi@hotmail.com) é psicóloga, Mestre em Psicologia Organizacional e Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Pesquisadora Associada ao Laboratório de Psicologia Sócio-Ambiental e Intervenção (LAPSI) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Professora e Pesquisadora na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (ESPM/UNIFESP).





### Introdução

A presente pesquisa teve por objetivo estudar a sustentabilidade e a emancipação como dois pilares interdependentes da existência do homem e da sociedade, sendo a sustentabilidade entendida como a possibilidade da permanência e continuidade de ambos e a emancipação como a vivência da condição ontológica de ser capaz de participar de seu próprio futuro. Ambas, sustentabilidade e emancipação cresceram em complexidade no contexto da sociedade globalizada.

Estas questões têm sido foco de significativa atenção em vários campos da ciência, como a Biologia, a Sociologia, a Psicologia e a Filosofia, assim como no âmbito de ações nas esferas governamental, empresarial e principalmente acadêmica. Os investimentos na compreensão da sustentabilidade e da emancipação têm sido férteis, acarretando crescente produção bibliográfica. Basta uma breve análise das produções

desses dois objetos do conhecimento para expor sua complexidade e a relação interdependente em que estão implicados, num movimento dialético no qual a realização de um requer a compreensão e consideração do outro: como em uma tese e em sua antítese, cujo movimento contínuo de aproximação é o que lhes permite existir enquanto fundamento para a existência do homem<sup>13</sup>.

Este artigo, portanto, assumiu o exame da sustentabilidade e da emancipação como seus principais objetos, tendo em vista sua possível contribuição para melhor compreensão da sociedade e de sua gestão. Hoje, tanto se fala e se escreve sobre sustentabilidade e emancipação que fica difícil não naturalizar sua banalização, pois ambas despontam como elementos cruciais da vida humana em sociedade. O pressuposto aqui perseguido é, portanto o de compreender porque a sustentabilidade somente poderá ser viabilizada por sujeitos emancipados.

## Método

As dificuldades implicadas na compreensão dos significados que acompanham a palavra sustentabilidade decorrem da amplitude do campo que ela abarca: o planeta Terra, a sociedade, as instituições, a pessoa, dentre muitos outros objetos. Falar de sustentabilidade implica em se comunicar acerca de condições de todos esses objetos. Além disso, esse campo abriga questões e problemas encadeados a um número incontável de outras questões diante das quais qualquer busca de consenso parece irrealizável. O avanço de tal campo de reflexão e investigação traz menos respostas do que novas perguntas; qualquer novo trabalho agrega complexidade ao objeto de estudo porque desnuda outros aspectos.

O caminho escolhido para produzir informações que permitiram elaborar repostas às questões levantadas foi a escuta de outros pesquisadores e profissionais que vêm trabalhando com a mesma pergunta e, ou com os problemas da gestão dos ambientes: físico e social do presente e do futuro. As opiniões desses acadêmicos e desses profissionais, hoje já inseridas no mercado, contribuíram com alguma luz, ou algum caminho novo, uma vez que tais sujeitos são pessoas que assumem posições executivas em organizações, que poderiam ser definidos como agentes de sustentabilidade, ou pessoas que compartilham a mesma tarefa da autora desta pesquisa, uma vez que refletem sistematicamente sobre o conceito de sustentabilidade para melhor compreendê-lo. Diversas empresas criaram inclusive a posição de gestor de sustentabilidade e acoplaram a ela metas estratégicas. Tais profissionais têm experiência em ações que visam gerar sustentabilidade e, por isso, podem contribuir para a explicitação dos elementos e sentidos vinculados à sustentabilidade. Como agentes de sustentabilidade suas ações e seus discursos frente aos objetos e eventos devem ser coerentes com o predicado identitário “sustentável”.

Além dos profissionais, os acadêmicos têm outro tipo de experiência que os capacita a responder o que se entende por sustentabilidade, uma vez que seu esforço tem sido direcionado para integrar as reflexões e articulá-las ao campo teórico de modo que se que possa representar o que seria a ação pela sustentabilidade. Também foi considerado um terceiro grupo de profissionais: os membros do governo, cuja atuação frente a sustentabilidade é entendida por meio do desenvolvimento de políticas públicas, entre outras frentes, ações que abarcam muitos entendimentos sobre a sustentabilidade.

Para se arquitetar a busca da voz de sujeitos que atuam na área de sustentabilidade depara-se com idêntico desafio, já analisado anteriormente sobre a elucidação do conceito. A partir da consideração de diferentes caminhos disponíveis para essa tarefa, como a entrevista, os questionários, grupos focais, estudos de caso e a Técnica Q, optou-se por esta última. Todos os instrumentos considerados em sua potencialidade para apreender a voz dos sujeitos, oferecem vantagens e desvantagens. O exame desses distintos caminhos evidenciou que a Técnica Q desponta como um caminho “despoluído” de complicações e suficientemente eficaz para produzir a diferenciação entre afirmações diversas que são oferecidas como conceito, ou ações que produzem sustentabilidade.

A Técnica Q consiste num processo de escolha forçada de afirmações (“apostas”) oferecidas a juízes. O resultado das escolhas de cada juiz é apresentado na forma de escala ordinal, denominada de Escala Q. A totalidade das Escalas Q elaboradas pelos juízes é submetida a análise de fatores e grupamentos para identificar a significância estatística da homogeneidade entre os juízes na priorização das afirmações que lhes são oferecidas. O principal resultado desse procedimento é a discriminação entre afirmações poderosas e

afirmações fracas. O conjunto de afirmações poderosas, assim como o conjunto de afirmações fracas propiciam a identificação dos conteúdos que têm mais força para aglutinar juízes ao seu redor, ou seja, os motivos que fundamentaram a priorização de afirmações por parte dos juízes.

Devido a essas características, a Técnica Q tem sido largamente utilizada em pesquisa no campo das ciências sociais e comportamentais para estudar ideologias, conceitos e papéis. Estudos dos conceitos de saúde, integridade, estilos de vida e relacionamentos amorosos utilizaram com eficácia essa técnica<sup>1,16,17</sup>. A Técnica Q é, desta forma, uma metodologia para investigar conceitos e teorias pelo seu poder de mostrar significância na capacidade de afirmações para aglutinar sujeitos, sendo um eficaz método de compreensão da subjetividade humana, por meio da expressão do ponto de vista individual<sup>14</sup>.

Assim, através da Técnica Q, os sujeitos foram solicitados a priorizar afirmações sobre o conceito de sustentabilidade a partir de um conjunto de enunciados (“apostas”) que expõem a diversidade de significados, predicados, aplicações e interfaces que tangenciam este conceito. A elaboração da Escala Q por parte de cada sujeito é, desta forma, produto da experiência individual de cada um com o conceito de sustentabilidade. Como este artigo analisa a sustentabilidade e sua correlação com a busca pela emancipação humana, a Técnica Q, dadas as características acima descritas, oferece condições facilitadoras para os juízes proporem sua própria construção do conceito de sustentabilidade e nele identificarem, sua possível relação com a emancipação humana.

O critério de escolha dos sujeitos revela sua identidade como agente de sustentabilidade. Para ser agente, o sujeito deve trabalhar com o conceito teoricamente, ou sua aplicação em situações de avaliação ou gestão. Buscou-se profissionais que

tenham pelo menos três anos de trabalho com sustentabilidade e portanto capazes de criticar o conteúdo que a literatura apresenta como sustentabilidade, sua viabilidade em projetos e empreendimentos e avaliar prioridades intrínsecas à busca pela sustentabilidade. Esses indivíduos, denominados aqui como experts, foram buscados em instituições acadêmicas, empresariais e governamentais.

A população de sujeitos almejado nesta pesquisa foi de no mínimo 15 e no máximo 30, buscando-se diversificá-los entre gestores, acadêmicos e agentes governamentais. O motivo desta estratificação é a captação de uma diversidade de olhares, identificando profissionais que priorizam a reflexão e profissionais que priorizam a aplicação, bem como profissionais que tem foco em políticas públicas.

Também foi considerada para a elaboração das afirmações, a estratificação de seus conteúdos de acordo com as diversas tendências identificadas na compreensão do conceito de sustentabilidade, tal como levantado na pesquisa bibliográfica. Nessa estratificação, foram identificados quatro distintas tendências que diversificam o conceito de sustentabilidade na literatura. São elas: sustentabilidade como controle de danos à natureza física (ambientalismo), sustentabilidade como controle da qualidade de vida (condições de existência), sustentabilidade como princípio (filosofia) e sustentabilidade como emancipação (originalidade e autonomia). Esta estratificação não é uma tarefa fácil porque os critérios de diferenciação não são excludentes, mas se tangenciam e se interpenetram. A seguir apresentaremos os entendimentos das quatro tendências acima descritas.

- sustentabilidade como controle da natureza física:

A busca pela sustentabilidade, e consequentemente sua definição, tem sido fortemente

ancorada na importância da tratativa dos problemas diretamente ligados à questão ambiental, tais como escassez de água, diminuição dos dejetos, programas de reciclagem, entre tantos outros. É provável que, dentre as possíveis ações ligadas à busca pela sustentabilidade, os objetivos descritos por este grupo de afirmações estejam entre os mais assimilados pelas empresas como metas organizacionais, bem como, provavelmente, sejam os mais reconhecidos pela população em geral. Neste grupo de afirmações, a sustentabilidade apresenta-se dependente da noção de resultado (controlável, palpável, concreto) e é condicionada, portanto, às ações originadas imediatamente para que se tenham mantidas as atuais condições de vida da humanidade e as das gerações futuras, como definido pelo Relatório de Brundtland<sup>20</sup>. Assim sendo, as ações e sentidos para a sustentabilidade apresentadas aos sujeitos, relativas a este grupo, de acordo com a literatura, são propostas concretas para a compreensão e tratamento dos danos causados ao ambiente físico do planeta.

- sustentabilidade como controle da qualidade de vida:

Neste segundo grupo de afirmações, a busca pela sustentabilidade passa necessariamente pelo incremento das condições de vida da sociedade como um todo e tem suas ações fortemente marcadas pela procura por uma melhoria no desenvolvimento das condições de vida do Homem. As ações e sentidos propostos por este grupo de afirmações referem-se a melhorias nas áreas de saúde, moradia, condições de cultura e lazer, identificadas como sinais de qualidade de vida. A questão da responsabilidade dos indivíduos e dos projetos sociais também diz respeito a este grupo. Apesar de não aparecer de forma tão concreta nas iniciativas organizacionais e governamentais, se comparado com as iniciativas de

controle do ambiente físico, este entendimento provavelmente, como no caso anterior, é também bastante disseminado na sociedade como um todo. As diversas iniciativas sociais podem ser referidas como uma possível forma de atuação no sentido de incrementar a qualidade de vida do homem e da sociedade.

- sustentabilidade como princípio:

Neste outro grupo de afirmações, a sustentabilidade é apresentada como uma questão relativa a um interesse maior da sociedade, algo ligado àquilo que se entende por sociedade e sua constituição. Nestas afirmações, o conteúdo principal é a orientação de referência, pautada pela priorização de uma ação sobre outra, frente àquilo que a sociedade deveria ser. Assim, dentro de uma lógica de princípios, a questão da sustentabilidade faz sentido e é pautada mais em decorrência dos critérios das escolhas que são realizadas, ao invés de necessariamente o impacto das mesmas sobre, por exemplo, a qualidade de vida das pessoas. Aqui, tem-se em conta mais o princípio enquanto uma regra ou um preceito que tange o funcionamento da sociedade e as interações entre os homens do que os impactos desta ou daquela ação. Nesse sentido, a atenção para a busca pela sustentabilidade ocorre não como controle dos danos físicos ou busca pela melhoria da qualidade de vida (entendida como ações mais imediatas), mas sim por meio da garantia de condições de justiça, igualdade, liberdade e democracia para todos. A sustentabilidade é, portanto, uma consequência e não o objetivo final destas ações.

- sustentabilidade como emancipação:

Finalmente, como o presente trabalho objetiva saber o quanto a emancipação integra os conceitos de sustentabilidade, foram geradas afirmações, também inspiradas na literatura



acadêmica, que indicassem algum fragmento emancipatório. As afirmações deste grupo procuram mostrar o potencial emancipatório, presente na questão da sustentabilidade ao relacionar emancipação ao desenvolvimento de reciprocidade e ao aumento da conscientização da sociedade como um todo, não apenas no que se refere aos aspectos ligados ao controle físico dos danos, que ameaçam a sociedade, mas também como um reconhecimento, por parte de todos, das próprias potencialidades enquanto atores criativos das próprias histórias<sup>4</sup>.

A sustentabilidade, ou o desenvolvimento sustentável, como proposto no Relatório de Brundtland<sup>20</sup> são associados à criação de condições que permitam a “realização das próprias necessidades e aspirações” (p.12). Ao pensar nos dois termos colocados por este relatório, necessidades e aspirações, cabe uma reflexão mais ampla a respeito de todos os seus possíveis significados. A palavra “necessidades” remete a condições que são impreteríveis ou absolutamente imperativas para a vida humana, tais como água, alimentos, abrigo. Ou seja, que sua ausência pode ser fatal. Já a palavra “aspiração” remete aos desejos e anseios do homem. As propostas apresentadas, cujo conteúdo oferece algum fragmento emancipatório, propõem ações relacionadas ao ganho de consciência e reflexão, diminuição das diferenças econômicas sociais e culturais e estímulo para o desenvolvimento de uma cultura comunitária.

### Apresentação dos resultados

A seguir são discutidos os resultados da aplicação e análise estatística das Escalas Q obtidas dos 19 sujeitos, sendo cinco (5) acadêmicos, nove (9) executivos do setor privado e cinco (5) funcionários do setor público. Lembrando-se que o objetivo desta discussão não é unicamente compreender os vários entendimentos da

sustentabilidade, mas também refletir em que medida se encontra a busca pela sustentabilidade enquanto emancipação.

As informações coletadas foram submetidas à análise fatorial, o método de avaliação estatística que mais possui afinidade com a Técnica Q14. Como mencionado anteriormente, a característica principal dessa técnica é o fato de que todas as variáveis (afirmações) são tratadas como individualidades. Os dados foram analisados utilizando o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences)<sup>19</sup>. A análise resultante dos questionários aplicados foi organizada e cada participante foi classificado em cada um dos três grupos estudados (Grupo 1 - Academia, Grupo 2 - Governo e Grupo 3 - Empresa).

As 65 afirmações foram agrupadas em ordem de concordância pelos participantes, produzindo quatro fatores que explicam a maior parte da variabilidade dos dados originais das afirmações. Com base nas cargas fatoriais de cada questão, as afirmações foram divididas em quatro grupos para verificar se a classificação proposta pela análise fatorial é a mesma da classificação proposta anteriormente nos quatro critérios de compreensão da sustentabilidade.

Diante de correspondência significativa, os fatores receberam os nomes dos quatro grupos: “ambiente físico”, “qualidade de vida”, “princípio” e “emancipação”. Nessa operação, foi verificado se existem diferenças significantes entre os valores médios desses quatro fatores em função dos três distintos grupos de sujeitos. O número de sujeitos demandou que a análise fosse feita por meio de testes não paramétricos, pois eles não assumem distribuição normal das variáveis dependentes e o nível de significância adotado foi 5% ( $p < 0,05$ ), como é praxe nos testes estatísticos na área das ciências sociais.

A seguir apresentamos a tabela com os dados acima descritos:

**Tabela 1** - Análise Fatorial Exploratória com rotação Varimax das afirmações organizadas em ordem de concordância (N=19)

fator 1 – natureza física (11% da variância)		fator 2 – princípio (8,5% da variância)		fator 3 – emancipação (5,8% da variância)		fator 4 - qualidade de vida (5,1% da variância)	
afirmações	carga fatorial	afirmações	carga fatorial	afirmações	carga fatorial	afirmações	carga fatorial
13 (P)	-0,846	7 (NF)	0,795	59 (E)	0,67	28 (QV)	-0,701
2 (NF)	0,81	55 (NF)	0,696	10 (NF)	-0,652	29 (QV)	-0,699
5 (NF)	0,76	27 (QV)	-0,663	60 (E)	0,645	32 (P)	0,697
11 (NF)	0,758	6 (NF)	0,646	56 (E)	0,624	21 (QV)	-0,688
43 (QV)	0,736	8 (NF)	0,642	52 (E)	0,591	57 (E)	-0,657
4 (NF)	0,728	45 (E)	-0,637	53 (E)	-0,558	20 (QV)	0,559
33 (P)	0,717	9 (NF)	0,631	17 (P)	0,551	26 (NF)	-0,553
1 (NF)	0,645	14 (P)	-0,614	40 (QV)	-0,542	38 (QV)	0,501
3 (NF)	0,637	15 (P)	-0,594	51 (E)	-0,541	41 (QV)	-0,472
24 (E)	-0,637	34 (QV)	0,571	37 (QV)	0,499	39 (E)	0,453
35 (QV)	0,61	18 (NF)	0,57	44 (NF)	-0,397	64 (P)	-0,384
23 (QV)	0,6	47 (P)	-0,528	25 (QV)	-0,394		
19 (QV)	-0,592	16 (P)	0,511	31 (P)	-0,352		
54 (E)	-0,586	12 (NF)	0,481	62 (E)	-0,239		
65 (P)	-0,566	63 (P)	-0,48				
36 (E)	0,465	61 (E)	-0,479				
22 (E)	-0,429	46 (P)	-0,474				
58 (E)	-0,41	30 (P)	-0,403				
49 (P)	-0,357	42 (QV)	0,392				
50 (E)	-0,309	48 (P)	-0,289				

Legenda: P = princípio; NF = natureza física; QV = qualidade de vida; E = emancipação.

### Análise dos resultados

Com o intuito de analisar a sustentabilidade a partir de sua interdependência com a busca pela emancipação, esta pesquisa buscou por meio de um exercício de categorização de 65 metas para a sustentabilidade por profissionais agentes do conceito, compreender como a construção desse conceito está sendo realizada e como seus preditores estão ou não alinhados com as ideias de originalidade e autonomia<sup>5,9</sup>, de livre expressão do ganho de uma sabedoria própria<sup>4</sup>, ou de constituição subjetiva da própria autodeterminação<sup>11</sup>.

Desta forma, esta seção se propõe a analisar os resultados à luz desta reflexão teórica.

Os resultados revelados, pelos dados empíricos, não demonstram a clareza que se esperava, como também se pode observar na literatura acadêmica pesquisada, como, por exemplo, os diferentes entendimentos presentes nas áreas de Ecologia, Ambientalismo e do próprio Desenvolvimento Sustentável<sup>2,3,7,8,15,22</sup>. Entretanto, os resultados providos pela análise estatística forneceram muitas informações que provocam inúmeras reflexões que poderão auxiliar a responder

algumas das questões colocadas ao longo deste trabalho.

Desta forma, o dado que mais ficou evidente, é que não está claro para os sujeitos entrevistados o que significa sustentabilidade, dado a falta de homogeneidade tanto nos agrupamentos de respostas, como na ordem de preferência das metas oferecidas. Fato que sinaliza, que muitas das questões colocadas no decorrer desta reflexão também povoam suas mentes. E que, apesar de, enquanto agentes do conceito atuarem diretamente na reflexão ou definição de ações para a sustentabilidade, não possuem segurança das ações e reflexões necessárias para a tratativa desta problemática. Afinal, tudo pode ser importante quando se trata de uma temática tão complexa como a sustentabilidade.

As inferências permitidas pela Escala Q elaboradas por estes sujeitos comunicam que se está diante de uma questão que perpassa diferentes campos da sociedade e do saber, tal como também observado na análise teórica. Problema idêntico ocorre com o conceito de trabalho. A física responde que é uma energia, o marxismo que é uma mercadoria, o freudismo que é uma atividade de afirmação do adulto, a filosofia que é uma categoria ontológica do ser humano, a tradição judaico-cristã que é um castigo de Deus, e Hegel, que é um espelho do ser humano. Assim, o trabalho é um objeto implicado em diversos aspectos do ser humano. Analogamente, a sustentabilidade surge igualmente com muitas implicações inerentes a sua construção. Seu mundo físico e seus recursos são perecíveis e substituíveis se a própria sociedade é construída, se as identidades são produzidas e reproduzidas continuamente, a todos esses objetos, pode-se aplicar o conceito de sustentabilidade. Em razão dessa grande abrangência de elementos e de complexas inter-relações, a diversidade de aplicações para a sustentabilidade não poderia estar

ausente dos dados empíricos produzidos pelos sujeitos desta pesquisa. Desta forma, os sujeitos parecem apresentar as mesmas dúvidas e questões que esta pesquisa procurou levantar.

Outro aspecto que pode ser elaborado a partir destes dados é que o caminho para se investigar a sustentabilidade implica no desdobramento da aplicação desse conceito em diferentes campos, tal como proposto aqui: ambiente físico, qualidade de vida, princípios e emancipação. Os sujeitos assumiram as afirmações próprias desses quatro campos, sendo que nenhum deles ofereceu resistência ou estranhou ações em qualquer uma das 65 afirmações apresentadas. Tal como dito acima sobre o trabalho, a sustentabilidade é uma condição de existência e que, portanto pode ser aplicada a tudo o que existe. Esses campos se permeiam como fica claro na fronteira estabelecida aqui entre condições do ambiente e qualidade de vida. As condições do ambiente físico fazem também parte da qualidade de vida. Caberia pensar em sustentabilidade, não como desenvolvimento, mas como a presença ou o esforço para o alcance dos quatro campos estudados no trabalho empírico desta pesquisa. Isso porque o desenvolvimento atrelado à sustentabilidade, ou melhor, a sustentabilidade atrelada ao desenvolvimento (como tem sido apontada, principalmente depois do Sustainable Development Summit<sup>21</sup>), que apresenta um fator limitante que, até certo ponto, tem pautado as ações no sentido de uma manutenção do status quo<sup>18</sup>.

Também, pode ser levantado a partir dos dados, que apesar da pouca clareza para o agrupamento de metas para a sustentabilidade existe diferença significativa entre os três distintos grupos de profissionais pesquisados. A escolha por essas categorias de sujeitos foram definidas porque o exercício profissional e o exercício da reflexão teórica, focados em objetos diferentes pode moldar as percepções, representações e

os valores dos indivíduos, tal como foi largamente demonstrado pelos estudos das profissões<sup>6</sup>. Desta forma, seria difícil acreditar que não houvesse diferenças entre um gestor de sustentabilidade subordinado a parâmetros de lucro e outro subordinado a parâmetros de políticas públicas. Essa diferenciação entre os sujeitos aparece, até mesmo, na composição dos subconjuntos que o tratamento estatístico gerou dentro de cada grupo profissional. Constata-se apenas uma única concordância entre as afirmações que não foi associada a qualquer conjunto significativo de sujeitos e de afirmações, mostrando alta dispersão, tanto que o próprio software utilizado as eliminou. Essa única afirmação que aparece eliminada tanto no grupo de Empresa, como no do Governo é a afirmação 34 (investimento na diminuição do desemprego). Esse resultado revela que o investimento na diminuição do desemprego não integra qualquer conjunto de metas que compõem alguma ação dirigida para promover sustentabilidade. Esse item é visível apenas nos escores do grupo Academia. Infelizmente, a falta de dados qualitativos que explicitem os porquês das escolhas não permite caminhar adiante na compreensão dessa rejeição, aparentemente tão importante.

A análise fatorial apontou apenas duas diferenças significativas na amostra estudada: o grupo Academia mostrou-se mais distante do grupo Governo e Empresa, nos fatores “emancipação” e “natureza física”, respectivamente. Houve, portanto menor concordância dentro do grupo Academia no que se refere à “emancipação” do que entre os profissionais consultados do grupo Governo. Este resultado pode indicar que na academia, dada sua característica mais reflexiva existe maior crítica com relação aos critérios ou condições necessárias para busca pela emancipação. Esta condição vem marcada, por exemplo, já na própria Teoria Crítica, cujos diversos autores, apesar de concordarem em muitos

aspectos apresentam diferenças significativas no entendimento do homem e da sociedade. O que falar então, dos profissionais entrevistados que pertencem a diferentes ciências. A outra diferença significativa, encontrada entre os profissionais entrevistados, foi uma maior concordância dentro do grupo Academia, no que se refere à “natureza física”, do que entre os profissionais do grupo Empresa. O conceito de transigência<sup>10</sup> pode ser aplicado nesse caso. Isto porque, a responsabilidade pelo lucro de uma empresa pode moldar o gestor em relação a uma ação mais do que outro que tem a responsabilidade por políticas públicas ou a vigilância das empresas que exploram o ambiente. Esta adaptação (a própria “transigência”) da realidade também pode estar refletindo a importância que o discurso sustentável possui nas empresas<sup>12</sup>. Fato que não se comprova no grupo Academia, em função da própria natureza de sua atuação.

Outra informação importante propiciada pela análise estatística é a diversidade de composições de ações que potencialmente gerariam sustentabilidade. A comparação dos conjuntos de afirmações aglutinados e diferenciados nos 12 quadrantes produzidos pelo SPSS pelos três grupos de profissionais sugere que não existe uma concordância de caminhos para se produzir sustentabilidade. Pode-se afirmar que este resultado, apresenta 12 possíveis caminhos que incluem ações próprias dos quatro aspectos estudados, com exceção do quadrante 2 do grupo de acadêmicos que não contempla qualquer ação alocada como emancipatória. Nesse quadrante constam 16 ações que foram significativamente associadas entre si como um caminho, porém sem que fosse nele incluído qualquer ação no sentido de produzir algum fragmento emancipatório. Nenhum outro quadrante excluiu totalmente uma das categorias de ação. Portanto, nos outros 11 caminhos propiciados por este trabalho, a ação



produtora de sustentabilidade requer respeito a princípios, controle sobre a natureza física, controle sobre as condições de qualidade de vida e ações emancipatórias. Este resultado mostra que, até certo ponto, há concordância tanto com o princípio da responsabilidade<sup>11</sup>, como com as deslimitações do Eu<sup>10</sup>, com o cuidado com o meio ambiente<sup>2</sup> e com a garantia de aspectos ligados à qualidade de vida<sup>20</sup>.

O próprio processo utilizado para a definição do conceito de desenvolvimento sustentável (hoje uma referência mundial nesta temática) oferecido por meio do Relatório de Brundtland é um indicativo desta interdisciplinaridade inerente à construção da sustentabilidade. O resultado deste esforço em aglutinar diferentes perspectivas gerou um documento importante, porém que justamente por abarcar diversos aspectos tornou-se tão maleável, que qualquer iniciativa pode ser entendida como um esforço no sentido de buscar a sustentabilidade<sup>7,8,22</sup>. Aspecto que acaba por abrir espaço de manobra para os muitos interesses políticos e econômicos de países e organizações.

Esses resultados demonstram que o campo “emancipação” é o mais fraco dentre os quatro campos aqui considerados, na concepção estratégica de sustentabilidade, por parte dos sujeitos. O campo mais forte, ou o que mais compõe a concepção de sustentabilidade dos sujeitos aqui representados é o “ambiente físico”. Se os campos relativos ao “ambiente físico” e “qualidade de vida” forem integrados num único campo, a mesma proporção entre os campos se mantém. Entretanto, a afirmação com maior carga fatorial foi a número 13 (promoção e aprofundamento da democracia, como justiça social), que pertence ao campo “princípio” e trata da democracia e justiça social como condições de sustentabilidade.

Os resultados revelam que há forte concordância entre os sujeitos sobre a incapacidade de ações limitadas ao nível técnico para promover a

sustentabilidade. Ou seja, que a criação e definição de critérios de justiça precisam estar presentes na sociedade, além dos aspectos ligados aos controles de danos físicos ao ambiente. Contudo, tal como presente nas primeiras articulações acerca da sustentabilidade<sup>7,8</sup> os aspectos físicos e de controle de danos permanecem prioritários frente aos demais. Assim, uma nova ética<sup>11,15</sup>, apesar de reconhecidamente importante na literatura e em algumas ações governamentais e organizacionais, ainda não ganhou o espaço que as atuais mudanças globais demandam.

Esta análise permite concluir que o conceito de sustentabilidade é um conceito, como no caso da identidade<sup>4</sup>, em constante construção e que caberá à sociedade e ao Homem atuarem no sentido de tornar a discussão acerca dessa problemática e seus desdobramentos em uma busca que tenha em conta o próprio homem e sua condição ontológica, em seu vir-a-ser. Esta condição parece, justamente por reconhecer o homem em toda sua potencialidade, ser a condição para que ele não apenas se reconheça e reconheça ao outro, como também reconheça o mundo a sua volta.

#### Referências

1. Baker RM. Economic rationality and health and lifestyle choices for people with diabetes. *Social Science & Medicine*. 2006; 63(9):2342-2353.
2. Carson R. *Silent spring*. Boston: Houghton Mifflin;1962.
3. Castells M. *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
4. Ciampa A. *A estória do Severino e a história da Severina*. Um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Editora Brasiliense; 1987.
5. Ciampa A. Políticas de identidade e identidades políticas. In: Dunker CIL, Passos MC (Ed.). *Uma psicologia que se interroga - ensaios*. São Paulo: Edicon; 2004.
6. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da*

- relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
7. Doebel R. Sustainability in history. on uses and abuses of a concept and a term. Germany: University of Muenster; 2011.
  8. Grober U. Deep roots. a conceptual history of sustainable development. Berlin: Wissenschaftszentrum; 2007.
  9. Guareschi N. As relações sociais na construção das identidades. *Psicologia em Estudo*. 2002; 7(2):55-64.
  10. Habermas J. O futuro da natureza humana. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
  11. Jonas H. Le principe responsabilité. France: Champ Es-sai; 1979.
  12. Layargues PP. A cortina de fumaça: o discurso empresarial verde e a ideologia da racionalidade econômica. São Paulo: Annablume; 1998.
  13. Malvezzi M. Sustentabilidade e emancipação. a gestão de pessoas na atualidade. São Paulo: Senac; 2013.
  14. Mckeown B, Thomas D. Q methodology: quantitative applications in the social sciences. Iowa: Sage University; 1988.
  15. Pena-Vega A. O despertar ecológico - Edgar Morin e a ecologia complexa. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
  16. Randall K, Bender D, Montgomery D. Determining the opinions of health sciences students and faculty regarding academic integrity. *International Journal for Educational Integrity*. 2007; 3(2):27-40.
  17. Ray C, Thorman J. Using Q methodology as a strategy to explore cultural opinions toward Health Care Journal of International Society for the scientific study of subjectivity. 2006; 29:3-4.
  18. Sachs W. No sustainability without development: *Aislin Magazine*; 1995. v.11.
  19. SPSS Statistics for Windows, IBM, Version 24.0. Ar-monk, NY: IBM Corp.
  20. United Nations (New York). Report of the world commis-sion on environment and development: Our comon future; 1987. [acesso em: 01 ago 2017]. Disponível em: <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>
  21. United Nations (New York). World summit on sustainable development WSSD. Johannesburg Summit; 2002. [acesso em: 28 ago 2017]. Disponível em: <https://sustainabledeve-lopment.un.org/milestones/wssd>
  22. Veiga JE. Desenvolvimento sustentável. o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

# Possibilidades de enfrentamento do genocídio em São Paulo

## Possibilities of coping with the genocide in São Paulo

Marisa Feffermann<sup>I</sup>, Sandra Quixada<sup>II</sup>, Valter Henrique da Silva Junior<sup>III</sup>,  
Silvia Bastos<sup>IV</sup>, Geany Magalhães da Silva<sup>V</sup>

### Resumo:

A proposta deste artigo é apresentar o percurso de construção de um movimento em rede, que busca a proteção e enfrentamento das violências sofridas por jovens na cidade de São Paulo, principalmente jovens pobres, em sua maioria negra, que vive em territórios empobrecidos e periféricos. Parte-se do conceito de “juvenicídio” para expressar conceitual e politicamente o aumento vertiginoso das ações do Estado Penal em detrimento do Estado de Direito, caracterizado pelo encarceramento em massa e pelos homicídios. No Brasil, o genocídio da juventude negra expressa esta realidade, considera-se que os homicídios dos jovens, não é só uma questão de segurança pública, mas de saúde pública, assim para enfrentar a complexidade deste problema é necessário a construção de redes, que transcendam a área da saúde e da segurança pública. Desta forma, aposta-se que a sociedade civil, representada por coletivos que historicamente lutam nesta pauta em rede com as ONGS, Pastorais, profissionais de várias áreas públicas e privadas podem construir uma possibilidade de dar visibilidade a esta realidade e buscar formas de proteção e enfrentamento.

**Palavras chaves:** Rede; Genocídio; Violência.

### Abstract:

The purpose of this article is to present the construction of a networked movement that seeks to protect and combat the violence suffered by young people in the city of São Paulo, especially poor young people, mostly black, living in impoverished and peripheral territories. It begins with the concept of “juvenicídio” to express conceptually and politically the vertiginous increase of the actions of the Penal State to the detriment of the Rule of Law, characterized by the mass incarceration and the homicides. In Brazil, the genocide of black youth expresses this reality, it is considered that homicides of young people, is not only a matter of public safety, but public health, so to face the complexity of this problem is necessary to build networks, which transcend the area of health and public safety. In this way, civil society, represented by collectives that historically struggle in this network with NGOs, Pastoralists, professionals from various public and private areas can build a possibility of giving visibility to this reality and seek forms of protection and confrontation.

**Keywords:** Network; Genocide; Violence.

<sup>I</sup> Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Pós-Doutora em Investigación en Ciencias Sociales, *Niñez y Juventud* (CLASCO) e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Sandra Quixadá (sandraquix1@gmail.com), graduanda em Psicologia pela Universidade Uninove, estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Valter Henrique da Silva Júnior (valter.psicologo.org@gmail.com) é psicólogo pela Faculdade Paulista

<sup>IV</sup> Silvia Bastos (silviabastos58@gmail.com) é enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo a.

<sup>V</sup> Geany Magalhães da Silva (gee.magalhaes@hotmail.com.br) é psicóloga pela Universidade Cruzeiro do Sul e Assistente de Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

Os homicídios de jovens representam uma questão nacional, não é só de segurança pública, mas de saúde pública também<sup>4</sup>. Em 1996, a 49<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde declara a violência como importante problema de saúde pública e convoca a OMS para desenvolver uma tipologia da violência que caracterizasse “os diferentes tipos de violência e os elos que os conectariam”<sup>16</sup>. Nessa perspectiva, a Saúde Pública parte do princípio da necessidade da compreensão da gênese e das formas de manifestação da violência e, especificamente, dos comportamentos violentos para refletir sobre as possibilidades de preveni-los. Busca, desta forma, compreender os possíveis fatores que permitem a emergência de ocorrências desse tipo de causa externa.

Algumas hipóteses foram produzidas para explicá-las, desde a questão de comportamentos geradores de risco, como o consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas e o envolvimento com o

comércio ilegal de drogas, que têm sido apontados como os principais fatores de risco para a utilização de armas de fogo e, conseqüentemente, responsáveis por homicídios. Mais recentemente, pesquisas revelaram que o registro de antecedentes policiais pode, igualmente, ser apontado como fator de risco, tanto para a morte precoce quanto para a ocorrência de deficiências físicas de jovens no começo da idade produtiva.

É importante atentar para as condições em que essas mortes violentas ocorrem. Compreender a vulnerabilidade social, auxilia a entender a grande exposição de um indivíduo ou de um indivíduo ou de um grupo aos problemas enfrentados na sociedade, incluindo as dificuldades de acesso a serviços sociais, como os de saúde, à escola e à Justiça. Desta forma, busca-se articular como as condições objetivas, ou seja, as condições de vida, como fatores determinantes que interferem na trajetória destes jovens, podendo adicionar riscos ou facilidades a exposição à violência.



Da mesma forma, o conceito “juventude” deve ser compreendido em conexão com o universo cultural, político, social e econômico no qual se constitui.

### O juvenicídio/genocídio

No contexto de estudar o fenômeno da juventude, pesquisadores da América Latina têm buscado compreender o processo que implica em condições precárias e persistentes que custam a vida de centenas de milhares de jovens não só latino-americanos, como também americanos e europeus, tomando por base o conceito de “juvenicídio”.

O conceito de *juvenicídio* amplia a ideia da morte real, ou do simples registro da morte de jovens, para um complexo processo de criminalização dos jovens, construído a partir do campo político e das indústrias culturais que estereotipam e estigmatizam as condutas e estilos juvenis, criando predisposições que desqualificam esse mundo e o identifica como violento, perigoso e criminoso. A criminalização dos jovens reforça o preconceito, o estereótipo e o estigma inscritos em processos estruturantes de racialização que constituem condições de possibilidade nas relações de produção e de reprodução das desigualdades sociais.

No Brasil, o tema do *juvenicídio* está intimamente relacionado com o que podemos denominar como genocídio da juventude negra – considerando que este é o grupo étnico/racial que vem sendo historicamente exterminado e encarcerado. São os jovens negros e pobres que vivem nas periferias, em especial, aqueles que são responsabilizados por uma crescente economia de drogas ilícitas.

A “guerra social” vivida hoje no Brasil contradiz o mito fundador do Brasil, o da não violência, de um país ordeiro e pacífico. O fenômeno do

genocídio da juventude tem como fonte um conjunto de fatores que vão desde a explícita segregação social até o racismo velado. São condições que inferiorizam o negro, submetendo-o às piores condições, como as empregatícias e de piores salários. O principal propulsor da construção desses estigmas, produzidos e reforçados pelos meios de comunicação, está alicerçado no processo histórico das discriminações raciais constituídas no país desde a escravidão. Os indícios desses estigmas se expressam no número de mortes de jovens negros, na violência legitimada exercida pelo Estado, nas chacinas e no encarceramento em massa, que tira de circulação inúmeros jovens, preferencialmente negros.

A análise de causas de mortalidade de jovens permite delinear um quadro que é, a um só tempo, complexo e preocupante. Segundo o Ministério da Saúde, em 2015 houve 59.080 mortes em 2015<sup>13</sup>. Segundo o Atlas da Violência 2017<sup>12</sup>, em 2015, mais da metade das vítimas de violência eram jovens (31.264, equivalentes a 54,1%), das quais 71% eram negros (pretos e pardos) e 92% do sexo masculino. Entre 2005 e 2015, nada menos do que 318.000 jovens foram assassinados no país<sup>12</sup>. Os autores do levantamento estimam que o cidadão negro possui chances 23,5% maiores de sofrer assassinato em relação a cidadãos de outras raças/cores<sup>12</sup>; a maioria dos homicídios ocorreu por uso de arma de fogo, num total de 41.817 mortes<sup>8</sup>, que corresponderam a 71,9% do total de homicídios no país; situações que em apenas 8% dos casos foram a julgamento<sup>12</sup>.

Analisando o ano de 2015, a participação do homicídio como causa de mortalidade da juventude masculina, entre 15 a 29 anos de idade, correspondeu a 47,8% do total de óbitos (e 53,8% se considerarmos apenas os homens entre 15 a 19 anos)<sup>13</sup>. Em 2015, 60,9 indivíduos para cada grupo de 100.000 jovens entre 15 e 29 foram

mortos; considerando apenas a juventude masculina, este indicador aumenta para 113,6 em cada 100.000<sup>12</sup>.

Um outro estudo, Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade<sup>4</sup>, realizado pela Secretaria Nacional de Juventude, incorporando um indicador de desigualdade racial ao indicador sintético de vulnerabilidade à violência dos jovens (mortalidade por homicídios, por acidente de trânsito, frequência à escola e situação de emprego, pobreza no município e desigualdade), constatou que os negros com idade entre 12 e 29 anos apresentavam mais risco de exposição à violência do que os brancos da mesma faixa etária. Em 2012, o risco relativo de um jovem negro ser vítima de homicídio era 2,6 vezes maior do que um jovem branco. Em São Paulo, o risco relativo de um jovem negro ser vítima de homicídio em relação a um jovem branco é de 1,6<sup>4</sup> (p.29).

Em mapeamento das mortes registradas em enfrentamento com a Polícia Militar do Estado de São Paulo entre 2001 e 2010 realizado pelo Instituto Sou da Paz<sup>5</sup>, os resultados apontam que 93% dos mortos por ação da polícia correspondiam a moradores da periferia, sendo 60% jovens com idade entre 15 e 25 anos, 54% negros e pardos, 95% homens e 5% mulheres.

Pessoas mortas em intervenções policiais são majoritariamente negras; 76% das vítimas de intervenções policiais entre 2015 e 2016 eram homens negros<sup>6</sup>. As mulheres negras representam 65% das vítimas de homicídio do sexo feminino. Entre 2005 e 2015, os homicídios de mulheres negras cresceram 22% e os homicídios de mulheres não negras reduziram 7,4%<sup>9</sup>.

Além da violência física, os jovens enfrentam vários tipos de preconceitos, o que significa que são vítimas não somente de uma violência física direta, como também de uma violência que não mata, mas que fere e muito, profundamente, é a simbólica e moral. Isso fica evidenciado pelos

dados apresentados no Atlas da Violência<sup>12</sup> que aponta que, em 2012, o risco relativo de um jovem negro ser vítima de homicídio era 2,6 vezes maior do que um jovem branco.

Esses dados explicitam o que podemos definir como o “genocídio da juventude negra”. Ao longo dessa década, morreram ao todo 556.000 pessoas vítimas de homicídio, número que excede ao número de mortes da maioria dos conflitos armados registrados no mundo. Comparando os 100 países que registraram taxa de homicídios, entre 2008 e 2012, para cada grupo de 100.000 habitantes, o estudo Cerqueira, D, Coelho. D, 2017<sup>6</sup> conclui que o Brasil ocupa o sétimo lugar no ranking dos analisados. O executor mais contundente é o agente do Estado; trata-se de uma situação de extermínio dessa parcela da população causada por dois tipos de racismo arraigados na nossa cultura: o institucional e o estrutural.

Por isso, é fácil concluir que se gasta muito e ineficientemente com o sistema carcerário vigente. O custo médio mensal de um preso em instituições estaduais é de 1.800,00 reais. Considerando o tempo de pena atribuída ao crime de tráfico, tem-se que, ao final do tempo mínimo da prisão, o Estado terá desembolsado 108.000,00 reais<sup>6</sup>. Esses números são resultado da “política de tolerância zero” que adotou como modelo de combate total a todo tipo de crime e a política de guerra às drogas, tendo como resultado mais visível à criminalização e o encarceramento dos jovens negros pobres e marginalizados.

Morte materna, violência obstétrica, índices de pobreza, falta de moradia digna, filhos mortos por incorretas abordagens, desemprego, menor salário, menor representação nos espaços de poder e decisão, sim todos os dados mostram também a opressão e o racismo sobre a mulher negra. A base da pirâmide das opressões históricas, se acentua a cada crise e se exacerba a cada golpe. No país, das desigualdades, 64%

das pessoas sem emprego são pretas ou pardas, conforme dados do IBGE. De 2003 a 2013, o assassinato de mulheres negras cresceu 54,2%, população que já sofre com a mais alta mortalidade materna, que chega a 60% dos casos<sup>3</sup>.

Esse extermínio em massa, que ocorre em momento de “não guerra”, onde as práticas genocidas são respaldadas pelo racismo institucional, tanto em sua forma brutal materializada, como por sofisticados mecanismos de omissão. A invisibilidade da realidade dos negros, e, em especial, dos jovens negros – considerando a forma que são executados legal e ilegalmente pelos agentes do Estado –, a banalização e neutralização dessas violências, a perpetuação do mito da democracia racial produzem um efeito nefasto que impede, muitas vezes, as vítimas de se instrumentalizar contra as violências a que são submetidas, ao mesmo tempo em que as fazem incorporar e reproduzir como verdades os estigmas a que são submetidas.

Por fim, ressaltar que contradizendo a ideia do homem Cordial de Sérgio Buarque de Holanda (1936), historicamente o povo brasileiro resistiu as inúmeras violências impetradas pelo Estado. Apesar da disseminação do mito da “democracia racial” vários movimentos sociais surgiram se rebelando contra essa opressão social e de Estado. Historicamente, podemos citar a luta dos quilombos, destacando o Quilombo dos Palmares, em Alagoas (1680-1695); a Revolta dos Malês, ocorrida na Bahia (1835); a Cabanagem (1835-1840); a Revolta Popular, ocorrida no Pará (1.835–1.840); a Balaiada; a Revolta Popular, ocorrida no Maranhão (1838–1841); a Revolta da Chibata (1910); a criação da Frente Negra Brasileira (1931); a Criação do Teatro Experimental do Negro (1944); a Fundação do Movimento Negro Unificado (1978); e, mais recentemente, a Lei Caó, que classifica o racismo como crime inafiançável (1985); o reconhecimento da propriedade

das terras aos remanescentes dos quilombos (1988); a primeira lei de cotas raciais nas Universidades do Estado do Rio de Janeiro (2002); o Comitê contra o Genocídio da Juventude Negra (2008); o Movimento Mães de Maio, ocorrido em Santos – São Paulo (2006); o movimento contra a militarização entre outros.

### Importância das redes

A proposta de rede já faz parte de políticas de saúde brasileiras, fundamentadas por várias legislações e normas vigentes: o Decreto 7.508 de junho de 2011<sup>3</sup> que regulamenta a Lei 8080 de 1990 e as Redes de Atenção à Saúde; a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011<sup>14</sup>, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entende-se rede social como um conjunto heterogêneo de iniciativas e recursos formais e informais dispostos para atender necessidades e interesses de um grupo ou da sociedade. Para os fins de análise das redes utilizadas por jovens, procura-se identificar estratégias dispostas por este grupo para superar a ausência ou a deficiência do Estado no atendimento às suas necessidades desenvolvimento humano. No caso, rede social se entende como uma estrutura participativa, aberta e com autonomia entre os indivíduos ou organizações que são agregados por laços formados em torno de valores e objetivos compartilhados, sem que as partes percam sua identidade<sup>2</sup>.

Na dimensão social consideram-se as normas, costumes e valores tradicionais, heranças culturais, relações sociais relativas ao ambiente. A dimensão política necessita da participação e a aplicação dos direitos humanos. A dimensão econômica requer emprego, ocupação produtiva

e criativa, salários justos. Enfim, a rede requer o desenvolvimento das capacidades humanas, de suas habilidades e conhecimentos para fortalecer iniciativas que realizem o bem comum, que atenda interesses sociais e no caso da saúde que facilite a resolução de problemas e agravos<sup>2</sup>.

A noção de rede, assim, compreende saúde e ambiente como fatores interdependentes e inseparáveis, portanto, o desenvolvimento comunitário e a identidade de uma comunidade ou grupo é fato a ser considerado quando se cogita em participação, auto-organização e também a gestão de recursos naturais da coletividade. Por isso, na rede, a ideia de partilha de poder é inerente, a ausência de um líder é substituída pela negociação contínua, autodeterminação, e pela coesão que surge da necessidade sentida de maneira comum por um grupo. As pessoas se agrupam espontaneamente, seja pelos modos de ver análogos, ou por sentirem de modo semelhante transtornos de suas existências.

As redes são espaços de harmonia, mas espaços nos quais se admite o conflito e nos quais deve existir constante negociação e autodeterminação. Para Baumann<sup>4</sup>, (2003) apud Costa<sup>7</sup>, (2005) a rede se relaciona à proteção e à união das pessoas tornando-as fortes. Também a ideia de teia se relaciona à proteção ajudando-as a enfrentar iniquidades e fragilidades específicas que as tornam vulneráveis a determinados agravos.

De acordo com Barroso, para se construir ou fortalecer redes em saúde é necessário que se conheça a situação de vida e suas concepções de saúde e as redes operantes que se formaram naturalmente, sejam elas de caráter formal ou informal, acredita-se também que essas iniciativas denotam o grau de percepção de necessidades de um grupo e suas aspirações de melhoria coletiva.

As ações em saúde não podem ser expressas somente nos equipamentos e nos saberes

tecnológicos estruturados, pois suas ações mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção, operando como tecnologias de relações e de subjetividades. Assim, o que caracteriza a promoção da saúde é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Este se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades<sup>15</sup>.

### **Seminário Internacional Juventudes e Vulnerabilidades – a ideia de formação de uma rede**

O “I Seminário Internacional Juventudes e Vulnerabilidades: homicídios, encarceramento e preconceitos”<sup>VI</sup> foi organizado em conjunto

<sup>VI</sup> O evento faz parte de uma série de esforços de pesquisadores da CLACSO da América Latina e Iberoamérica, que tem estudado as condições dos jovens, em especial quanto às políticas de criminalização e estigmatização, principalmente de negros e indígenas moradores de bairros e territórios periféricos. Esse grupo já elaborou um livro *Juvenicidio: Ayotzinapa y las vidas precarias en América Latina y España*, buscando retratar como as juventudes e vulnerabilidades a partir da análise dos homicídios, encarceramentos e preconceitos que ocorrem em cada um dos países e participou de diversos eventos para disseminar seu conteúdo Feira do Livro, em Guadalajara - México (2015) e em seminários e congressos realizados em Tijuana - México (2015), em Havana - Cuba (2016), em Ciudad de Juárez - México (2016), em Buenos Aires - Argentina (2016); na Espanha (2016) e em Montevideo - Uruguai (2017).



com professores da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Com a participação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, de conselhos profissionais (quais???) e de cerca de 40 coletivos que militam e trabalham com o tema da juventude e negritude, reuniu em por três dias pessoas com o objetivo contribuir com as áreas técnicas de saúde do adolescente e do jovem e da saúde da população negra, na efetivação de políticas públicas que respeite e incentive a diversidade étnico/racial, sexual e social.

Os dois primeiros dias ocorreram na Faculdade de Direito da USP e o terceiro na Escola de Samba (qual) de Sapopemba, com os conteúdos: o “juenicídio” na América Latina e Europa; a cor dos homicídios; os meios de comunicação como fomentadores do medo e do preconceito racial; os movimentos de resistência; o encarceramento em massa –símbolo do Estado Penal; a Criminalização das juventudes; as políticas de drogas; e o racismo institucional.

Em Sapopemba, o grande objetivo foi semear a proposta de uma construção da Rede de Proteção e Resistência aos Genocídios. Para isso, os cerca de 500 participantes, se dividiram

em grupos para discutir os temas do seminário: (1) a cor do homicídio, (2) racismo institucional, (3) encarceramento em massa, (4) drogas e criminalização dos jovens, (5) violência de gênero. Também foi montado um grupo de estudantes secundaristas. As questões que respaldaram as discussões foram “o que pega”, “quais as estratégias para lidar com estas questões”, “como construir uma rede”.

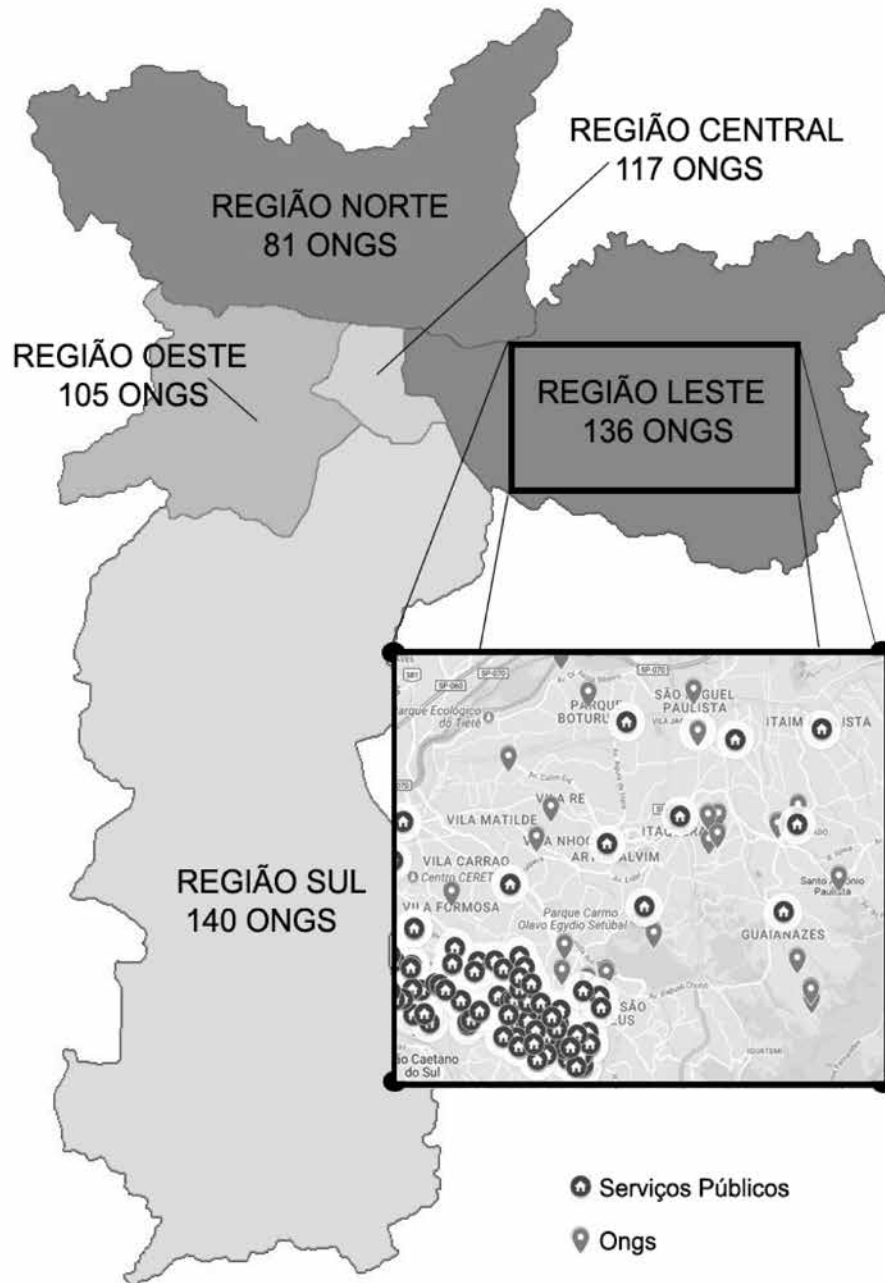
Esse exercício que possibilitou que profissionais de várias áreas, coletivos sociais pensassem, em conjunto, a construção de um trabalho em rede.

### **A sistematização do seminário**

O Seminário contou com 3.000 participantes, sendo 80% mulheres. Em relação à raça/cor, 48% eram brancos e 48% pretos ou pardos, 1% amarelo e 1% indígena. A maioria (66%) era jovem e 1/3 adultos (34%). Em relação à escolaridade, 61% haviam completado o curso superior, 21% a especialização e quase metade (46%) atuava profissionalmente no setor público, sendo 22% na área de Saúde.

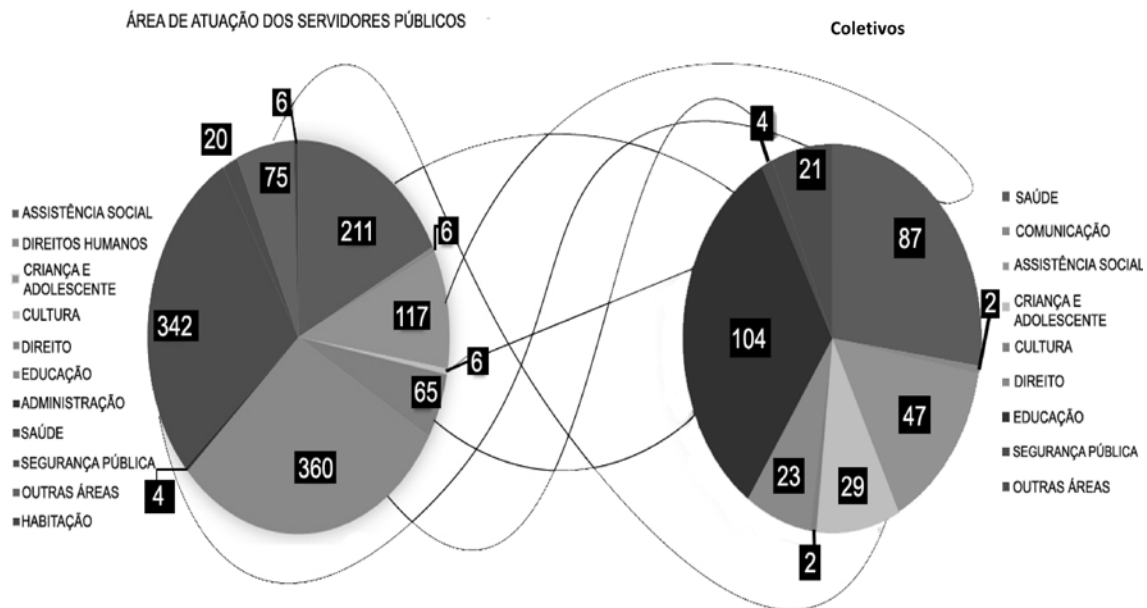
Com relação a grupos organizados, participaram do seminário 900 coletivos de toda a cidade.

**Imagem 2** - Coletivos Organizados que Participaram do Seminário – por região



Realizando uma relação entre os coletivos e organizações não-governamentais existentes em cada região (como demonstrado no mapa para a Região Leste), foi possível destacar a importância de que a rede atinja com discussão as regiões Sul, Leste, Oeste, Norte e Central do município de São Paulo.

Essa diversidade de profissionais da área de serviços públicos apresenta potencial para a atuação de redes informais juntas a redes formais já ocupadas por essas pessoas.

**Imagem 2** – Área de Atuação de Servidores Públicos – visualização de interface de atuação em rede

### Uma proposta de rede virtual e presencial

A partir deste processo convidamos os participantes do Seminário, para seguirmos na construção de um espaço de reflexão e construção de uma Rede de Proteção e Resistência. Os participantes dos coletivos e dos serviços públicos e privados foram contatados e incluídos em grupos de *whatsapp* a partir de sua região de atuação.

A proposta foi que cada reunião fizesse reuniões mensais, compondo Redes de Proteção e Resistência Regional, para um encontro bimestral geral com toda a rede. Uma proposta que está sendo delineada, com a participação de 130 coletivos. Ocorreram Reuniões na Zona Leste em Sapopemba, Cidade Tiradentes, Jardim Bonifácio e São Mateus. Na Zona Oeste as reuniões foram na Vila Dalva, São Remo e alguns bairros de Osasco, já na região Central os encontros ocorreram na Favela do Moinho, na ocupação Mauá, na Ocupação São João e na Pastoral. Na zona norte, os encontros foram realizados em Perus, Taipas e Jardim Peri. Na Zona Sul, Capão Redondo e Jardim Ângela.

As demandas vão se intensificando, a construção de fios que se entrelaçam e vão se transformando em nós que por vezes respondem as expectativas e por outras se desfazem. A dificuldade de romper algumas barreiras e ações pré-estabelecidas, preconceito, racismo institucional tem se mostrado uma constante. Em algumas regiões formalmente existem redes, que na prática não são resolutivas, outras que dependem exclusivamente de profissionais emprenhados. Neste início de construção, pôde-se perceber a importância de conhecer o território, de andar pelas ruas, de conhecer os moradores, de sair das instituições e por outro lado a importância dos coletivos entrarem em contato com os entraves institucionais de alguns órgãos públicos e privados.

Têm-se ciência, que a empreitada desta rede de enfrentamento das violências é imensa, considerando o Estado que tem uma grande letalidade policial, o medo e a insegurança de quem vive o cotidiano violento “das quebradas”. Todavia, este enfrentamento deve ser feito por todos e todas considerando que é nossa responsabilidade a defesa da vida destes jovens.

## Referências

1. Bauman A. Comunidade a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.
2. Barroso GT, Vieira NF, Varela Z. (organizadoras). Promoção em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003.
3. Brasil. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 28 jun 2011. [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).
4. Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Ministério da Justiça e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2017. Brasília; 2017.
5. Bueno S, Cerqueira DRC, Lima, RS. Sob fogo cruzado II: letalidade da ação policial. In: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 7º Anuário brasileiro de segurança pública. Brasília; 2013.
6. Cerqueira D, Coelho D. Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida. Brasília: IPEA; jan. 2017. Texto para Discussão 2267. [acesso em: 21 dez 2017]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312138855\\_DEMOCRACIA\\_RACIAL\\_E\\_HOMICIDIOS\\_DE\\_JOVENS\\_NEGROS\\_NA\\_CIDADE\\_PARTIDA](https://www.researchgate.net/publication/312138855_DEMOCRACIA_RACIAL_E_HOMICIDIOS_DE_JOVENS_NEGROS_NA_CIDADE_PARTIDA).
7. Costa R. On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence. Interface (Botucatu). 2005; 9(17). [on line]. [acesso em: 21 dez 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200003).
8. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário brasileiro de segurança pública ano 10. São Paulo; 2016.
9. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. São Paulo; 2017.
10. Garcia LP, Duarte E. Equidade de sexo e gênero na pesquisa e na publicação científica. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26(3): editorial.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Atlas da violência 2017. Brasília; 2017.
13. Ministério da Saúde. DATASUS. [acesso 21 dez 2107]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 - institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 23 dez 2011.
15. Naidoo J, Wills J. Health promotion – foundations for practice. London: Baillière Tindall; 1994.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). Resolução WHA 49.25 - prevention of violence: a public health priority. In. 49ª Assembléia Mundial de Saúde. Genev; 1996. [acesso 21 dez 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf).
17. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde. In: 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Sundsvall; 1991. [acesso em: 21 dez 2017]. Disponível em: [http://www.iasaude.pt/attachments/article/155/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o\\_de\\_Sundsvall\\_Junho1991.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/155/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_de_Sundsvall_Junho1991.pdf)
18. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2016.



**A Artista**  
**Lília Perrone**



É artista plástica, pintora, arteterapeuta e psicóloga e outogada como Professora pelo Instituto Pero Vaz de Caminha, em 1984.

Já participou de diversas exposições no Brasil e em outros países como Grécia, Espanha, Estados Unidos e França e foi catalogada no Anuaire de L'Arte Internacional, por Patrick Sermadiras, Publicité Edition e Relations Publiques, em Paris.

**Prêmios:**

- 1985, em Dallas - Estado Unidos, com Prêmio de Exposição
- 1984, em Paris, França, pelo Le Centre International D'Arte Contemporaine, com a Grande Medalha de Bronze
- 1983, em São Paulo, com a Láurea Pero Vaz de Caminha, pela memória do escrivão
- 1983, em São Paulo, pela União dos Artístistas Plásticos e pela Sociedade Brasileira de Plásticas de Guararapes, com a Grande Medalha de Prata III
- 1997, Prêmio por Destaque Profissional, pela Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

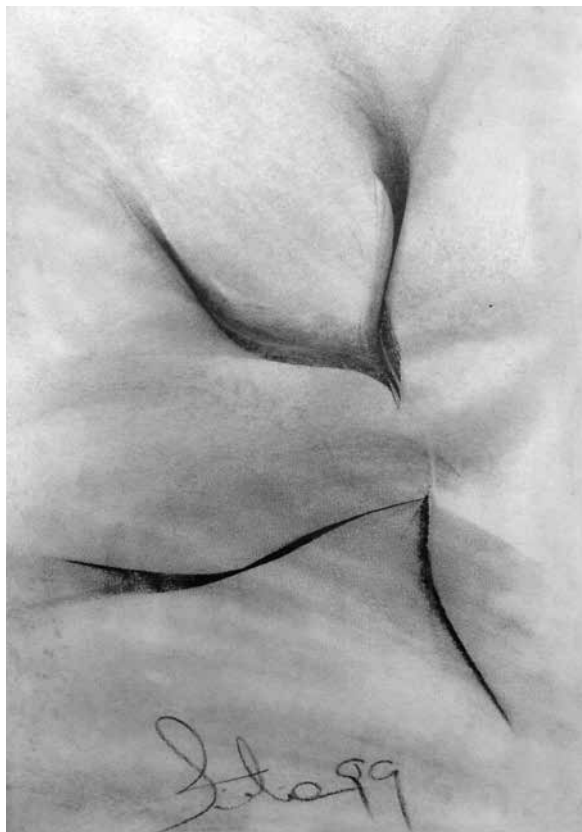
Suas obras, que se utilizam de diversos materiais de pintura, extravasam com o uso de formas

abstratas que permitem redirecionamentos durante a sua execução, os sentimentos e emoções da artista, externalizando sua interioridade e o seu diálogo com a vida e seus elementos, ao mesmo tempo em que permite a interlocução, interação e interpretação diversa de quem os observa.

Contatos: Face: Lília Perrone Artista Plástica  
Email: lilia.perrone@hotmail.com  
Tel: (11) 975793174

**Série Giz Pastel em Papel:**









### Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)



## Orientação aos autores – Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

### Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1.000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

### Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

