



Cadernos da

SAÚDE COLETIVA

Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha

Cadernos da
SAÚDE COLETIVA

**Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas**



1ª edição

Porto Alegre, 2014

Cadernos da Saúde Coletiva

Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Adriane Pires Batiston

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

Izabella Matos

João Henrique Lara do Amaral

João José Batista de Campos

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Liliana Santos

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Ricardo Burg Ceccim

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Raquel Amsberg de Almeida

Diagramação:

Raquel Amsberg de Almeida

Revisão:

Priscilla Konat Zorzi

Impressão:

Gráfica Ideograf

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA e CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F287 Fazeres em Saúde Coletiva : experiências e reflexões de jovens sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3)

ISBN 978-85-66659-24-5

1.Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitarista. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Série.

NLM WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

SUMÁRIO

Fazeres da Saúde Coletiva: Olhares de Jovens Sanitaristas em Formação	7
Protagonismo Estudantil: Reflexões de uma Jovem Sanitarista Cláudia de Cássia Silva Mello	11
Promoção e Comunicação em Saúde: Vivências e Confidências Neusa Beatriz Barcelos de Farias Cristianne Maria Famer Rocha	21
Biografias da Rua: Escuta de Narrativas da Rua desde seus Habitantes Estela Maris Gruske Junges Ricardo Burg Ceccim	32
Cooperação Internacional em Saúde: O Brasil no Haiti e as Visões de uma Sanitarista em Formação Mayna Yaçanã Borges de Ávila Alcindo Antônio Ferla	50
Possibilidades de Educação e Promoção em Saúde na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS Diego Menger Cezar Ingrid Neumann Basler Marilise Oliveira Mesquita Iara Elisabeth Gralha Schild Márcio Neres	70
Hospital Pronto-Socorro como Cenário de Prática do Bacharelado em Saúde Coletiva: Vivenciando a Educação Permanente Virgínia de Menezes Portes Izabella Barison Matos Maria Augusta Moraes Soares	79
Análise do Apoio Institucional às Equipes de Saúde da Família em uma Gerência Distrital de Saúde do Município de Porto Alegre/RS Mayna Yaçanã Borges de Ávila Cristianne Maria Famer Rocha Adriana Roese Danielle Plochanski Calegari	88

Análise Comparativa de Indicadores de Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Estratégia de Saúde da Família em um Município do Rio Grande do Sul	102
Stefania Rosa da Silva Cristianne Maria Famer Rocha	
Mortalidade Infantil na Cidade de Porto Alegre: Uma Análise das Regiões do Orçamento Participativo	111
Anelise Hahn Bueno Élen Jiovana Oliveira da Rocha Mário Sérgio Ferreira Lacerda Neusa Beatriz Barcelos de Farias Simone Oliveira Ayala Stela Nazareth Meneghel	
Desigualdades de Gênero na Vida de Pessoas com HIV, Canoas/RS	122
Bibiana Edeline Schreiner Stela Nazareth Meneghel Roger Flores Ceccon	
A Comunicação em Saúde no Sistema Único de Saúde: Uma Revisão de Literatura	131
Vivian Costa da Silva Cristianne Maria Famer Rocha	
A Influência da Mídia no Imaginário Coletivo sobre os Serviços de Saúde do SUS: o Exemplo das Emergências de Porto Alegre	143
Laura Pereira da Maia Tatiana Engel Gerhardt Andréia Burille	
A Participação e Usuários em Grupos de Controle do Tabagismo: uma Revisão de Literatura	156
Kamila da Silva Pena Cristianne Maria Famer Rocha	

FAZERES DA SAÚDE COLETIVA: OLHARES DE JOVENS SANITARISTAS EM FORMAÇÃO

Alcindo Antônio Ferla¹
Cristianne Maria Famer Rocha²

A graduação em saúde coletiva é recente e o desafio dos novos cursos se expande para além de uma boa formação profissional nesse campo de conhecimentos, desenvolvendo capacidades necessárias para o trabalho. Inclui a produção/invenção do próprio campo de trabalho desse profissional. As novas graduações surgem da única área de conhecimentos da grande área da saúde até então sem uma profissão equivalente; surgem também com o desafio de construir os conceitos do trabalho de um sanitarista da graduação, que não é idêntico ao conjunto de capacidades desenvolvidas pelos diferentes cursos de pós-graduação que são oferecidos em diferentes instituições com conhecimentos e práticas da saúde pública; tampouco de um profissional que apenas transversaliza as demais profissões de saúde ou mesmo da área da saúde.

Uma primeira diferença de um profissional pertencente ao campo da saúde pública está em que o predomínio dos saberes e práticas que a caracterizam, de onde se origina parte importante da produção que atribui o título de sanitarista na pós-graduação, não é coincidente entre as duas áreas. Lembramo-nos dos esforços teóricos, conceituais e metodológicos de diferentes autores nos anos de 80/90, destacando que não há apenas uma diferença de abrangência entre esses dois campos (a saúde pública e a saúde coletiva); há também uma diferença de cunho epistemológico: “Trata-se de campos não homogêneos, na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares” (Birman, 1991, p. 7).

A saúde pública, originada com a medicina moderna e, particularmente, com a medicina social no final do século XVIII e com discurso caucionado cientificamente na leitura naturalista da medicina moderna (segundo Birman, 1991, p. 9: “A leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando, com sua universalidade, as práticas de medicalização”) e a saúde coletiva, mais contemporânea, iniciando, desde a década de 1920, com a introdução das ciências humanas na saúde, constituída inicialmente – e justamente – como crítica sistemática do universalismo naturalista do saber da biomedicina. Da posição inicial, resta a tensão que permanece sendo estabelecida com saberes e práticas do ainda hegemônico paradigma biomédico, vigente nos serviços e sistemas, mas se destaca a ampliação da compreensão da saúde e o desenvolvimento

1 Médico e Doutor em Educação (UFRGS). Professor da Escola de Enfermagem da UFRGS, atuando no Curso de Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação (PPG) em Saúde Coletiva. Pesquisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) do PPG em Educação da UFRGS, professor colaborador no PPG em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, professor e pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenador Nacional da Associação da Rede Unida, e professor visitante na Alma Mater Studiorum – Università Di Bologna. Email: ferlaalcindo@gmail.com

2 Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando no Curso de Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL/UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

de diferentes tecnologias para organizar as práticas no interior da área, bem como em diferentes pontos da organização social, assim como abordagens teórico-metodológicas para enfrentar os desafios da contemporaneidade. Ampliou-se e diversificou-se a contribuição dos diferentes campos de conhecimentos das ciências sociais e humanas e novas conexões interdisciplinares foram sendo produzidas, em grande medida como resposta à complexidade das questões que envolvem a cultura, o ambiente, a organização das coletividades e a produção de saúde.

Não se está aqui retomando as tensões de afirmação da área da saúde coletiva, tampouco de negando as contribuições da saúde pública no campo da organização da saúde, mas sim buscando localizar os desafios da construção da atuação profissional do sanitarista da graduação. Da sociedade industrial, que compunha o cenário do surgimento da medicina social, até os dias de hoje, há um conjunto de mudanças importantes na compreensão da saúde, dos modos de relação da saúde com o andar a vida das pessoas e das coletividades, da potencialidade da saúde no desenvolvimento de indivíduos e coletividades, das características da própria organização social e, também, dos modos de pensar e fazer a formação profissional.

Desde a ciência moderna, o ensino das profissões, também na saúde, se confunde com a produção de uma identidade profissional, normalmente afirmada em oposição às demais. Essa transposição “transforma a educação em mera formatação de uma *matéria-prima* (aluno), cuja característica principal seria a inexistência ou incipiência de identidade profissional, em protótipos profissionais (recurso humano especializado)” mediante processo de certificação por instituição de ensino e chancelamento por órgãos de fiscalização do exercício profissional (FERLA & CECCIM, 2013, p.22). Há uma tendência da formação especializada se transformar no domínio de núcleos de conhecimento cada vez mais específicos e o campo de conhecimentos da saúde tende a se reduzir à soma desses, perdendo capacidade de compreender a complexidade e atuar construtivamente. Também há uma tentativa recente de inverter essa tendência, colocando a capacidade de operar no mundo do trabalho como mediador da análise das capacidades profissionais. Essa tendência caracteriza bem a oportunidade que está na origem da formação dos novos sanitaristas, que permite repensar as relações entre a formação e o trabalho. Na área da saúde, as legislações da educação, como as diretrizes curriculares nacionais para os cursos, e da saúde, como a educação permanente e os mecanismos de indução de mudanças, vêm tentando produzir leques mais amplos de capacidades de compreender e atuar construtivamente em diferentes cenários, buscando práticas multiprofissionais e bases interdisciplinares de conhecimento. Movimento que “requer uma grande reflexão de cada instituição de ensino, cada curso, cada plano de ensino, cada professor, cada unidade de produção pedagógica (professor-alunos) sobre o quanto e como dilatar as fronteiras das experiências de ensino” (FERLA & CECCIM, 2013, p.23), também ampliar a porosidade das fronteiras disciplinares e profissionais, aceitando e produzindo o movimento de desgastar e reconstruir. Um “generalista” da saúde coletiva seria, ao mesmo tempo, um especialista no campo de saberes e práticas dessa área de conhecimentos e um operador de novas mediações entre essa área e as demais que incidem no trabalho na saúde. Essa capacidade de operar novas mediações interdisciplinares e intersetoriais para o trabalho na saúde também precisa ser desenvolvida no âmbito da formação profissional e aqui está a principal demonstração dessa coletânea.

Os textos que compõem esta coletânea são provenientes da experiência de formação de sanitaristas no Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. São reflexões e experiências na construção de um campo de atuação e da aprendizagem da saúde coletiva em diferentes contextos. Foram produzidas pelos alunos da graduação a partir de atividades do Estágio Curricular e nos Trabalhos de Conclusão de Curso.

O Estágio Curricular é composto por atividades de ensino obrigatórias, com carga horária de 600 horas, de caráter prático-aplicativo, envolvendo a interação com agentes sociais, em dois eixos do curso: *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e Promoção, Vigilância e Educação da Saúde*. Constam de uma dimensão teórica, com seminários e atividades previstas e ordenadas por um plano de ensino, e uma dimensão prática, em cenários de interação universidade-sociedade, ordenada por um plano de trabalho individual, de acordo com o interesse de cada estagiário e as características do campo de práticas. O TCC do Bacharelado em Saúde Coletiva é desenvolvido sob orientação docente em duas etapas nos últimos semestres, conforme a previsão do projeto pedagógico do curso, e tem escopo e formato de um trabalho de pesquisa e/ou documentação, com possibilidade de assumir característica científica, tecnológica, estético-expressiva ou bibliográfica nas seguintes modalidades: a) Informe Científico-Tecnológico; b) Protótipo; c) Performance; d) Programa de Ação; e) Revisão Bibliográfica ou Estado da Arte na Literatura; f) Artigo Científico; e, g) Monografia (FERLA & ROCHA, 2013).

Em ambas as atividades, o fazer é desafiado à reflexão densa, mobilizando conhecimentos que transversalizam as disciplinas e núcleos profissionais na perspectiva do trabalho na saúde. A capacidade de análise do contexto da saúde se materializa e se aplica à autoanálise da interação com cenários, com diversos atores e com diferentes interesses que compõem os cenários de prática, inclusive visando construir espaços para a atuação profissional do sanitarista. O desafio colocado aos sanitaristas em formação é o desenvolvimento de capacidades profissionais por meio do exercício do trabalho, propriamente dito, em situações concretas, mas também de uma capacidade de gerar novos conhecimentos sobre os objetos de atuação e tomando o próprio trabalho como objeto de análise.

Os textos aqui veiculados são demonstrativos de uma grande quantidade de cenários em que a atuação do sanitarista pode se realizar: serviços clássicos, como unidades ambulatoriais, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de gestão, instâncias de participação e controle social; serviços que compõem as novas modelagens tecnoassistenciais, como consultórios de rua, núcleos de apoio matricial; sistemas de saúde e a saúde internacional. Também um conjunto de temas e perspectivas que demarcam um campo ampliado de práticas profissionais: promoção da saúde, vigilância em saúde, educação permanente em saúde, desigualdades, gênero, ciclos vitais, comunicação, participação social, configuração de redes, gestão do cuidado na saúde, cooperação internacional, efeitos da saúde e doença na vida de pessoas e coletividades, modelagens tecnoassistenciais, gestão setorial, intersetorialidade. Mas é igualmente significativa a presença de abordagens de reflexão sobre o protagonismo e a vivência dos estudantes no período da formação. O desenvolvimento de capacidades de analisar o próprio percurso e o investimento na construção de um campo de atuação profissional dilatado é, sem dúvida, um esforço compartilhado por esses sanitaristas em formação, parte dos quais, nesse momento, já em atuação profissional em diferentes cenários e instituições.

A formação de sanitaristas demonstra uma contribuição importante para a afirmação da saúde e do Sistema Único de Saúde como conquista, como organização setorial e como campo de produção de saberes e práticas. Demonstra também o resultado de uma aposta: a formação profissional pode ser um dispositivo de configuração de novas capacidades profissionais e uma nova aliança entre os saberes e os fazeres, entre a técnica e a política, entre o trabalho e a educação. Mais do que buscar uma identidade profissional, a formação pode dilatar as relações entre a formação/desenvolvimento profissional com o mundo do trabalho. Esperamos que a leitura dessas experiências ative o pensamento para novos diálogos.

Referências

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, v.1, n.1, p. 7-11, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/01.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg. A formação em Saúde Coletiva e as Diretrizes curriculares nacionais da área da saúde: reflexões e um começo de conversa. In: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer, orgs. *Inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. p. 9-28. Cadernos de saúde coletiva, 1. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora-rede-unida/biblioteca-digital/cadernos-de-saude-coletiva-volume-1-pdf/view>. Acesso em: 20 maio 2014.

FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer, orgs. *Inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Cadernos de saúde coletiva, 1. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora-rede-unida/biblioteca-digital/cadernos-de-saude-coletiva-volume-1-pdf/view>. Acesso em: 20 maio 2014.

PROTAGONISMO ESTUDANTIL: REFLEXÕES DE UMA JOVEM SANITARISTA

Cláudia de Cássia Silva Mello¹

Resumo: Nos quatro anos do Bacharelado em Saúde Coletiva (APSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), senti-me provocada a participar ativamente da construção do meu aprendizado, de modo que essa decisão me oportunizou a realização de itinerários em diversos cenários de prática e vivências. Tais caminhos trouxeram-me riqueza e diversidade de vivências, as quais entendo que devem ser compartilhadas. Considerando o exposto, apresento meu itinerário no protagonismo estudantil na formação de sanitarista. Da mesma forma, busco discutir a potência de transformação do espaço ocupado na universidade e na sociedade. Desejo, ao fim, que estas reflexões suscitem indagações de interesse para discentes, docentes e profissionais da saúde coletiva. A pretensão é contribuir nas discussões acadêmicas acerca da necessidade de considerar o protagonismo do discente na sua formação, bem como manter e continuar criando propostas para uma formação em saúde contra-hegemônica, eticamente comprometida com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Relato de experiência; Protagonismo estudantil; Formação profissional.

Introdução

Nos quatro anos do Bacharelado em Saúde Coletiva (APSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), senti-me provocada a participar ativamente da construção do meu aprendizado, de modo que essa decisão oportunizou-me a realização de itinerários em diversos cenários de prática e vivências.

Tais caminhos trouxeram-me riqueza e diversidade de vivências, as quais entendo que devem ser compartilhadas. Assim, considerando o exposto, apresento meu itinerário no protagonismo estudantil na formação de sanitarista, buscando discutir a potência de transformação do espaço ocupado na universidade e na sociedade.

Nas últimas décadas, temos acompanhado rápidas transformações na sociedade contemporânea, que incluem o avanço de novas tecnologias e diferentes desafios sociais. Por isso, mostra-se urgente disseminar a ideia de uma formação mais generalista, com o desenvolvimento de competências, habilidades e apropriação de conhecimentos que dêem conta de formar profissionais que consigam dar soluções aos problemas que se apresentam, através de respostas rápidas e eficazes.

Ao ingressarmos na universidade, estamos construindo um projeto de vida e é neste momento que o estudante faz escolhas, dentre elas se vai ser ator principal de suas ações sendo coautor da

¹ Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: claudia.cassiamello@gmail.com

sua formação e desenvolvendo potencialidades, aprendendo com a realidade que o cerca, ou se vai tornar-se coadjuvante, um mero recebedor de conhecimento e reproduzidor de modelos hegemônicos já existentes.

Durante o percurso como discente no Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), optei por não limitar minha formação profissional somente às atividades propostas em aula, pois compreendi pelas leituras e discussões a importância de ampliar os olhares e alcançar novos voos que me ofertassem melhor compreensão dos processos de adoecer e de ser saudável. Nessa escolha, não posso deixar de pontuar que o referencial teórico ofertado configurou-se um dispositivo importante para que eu pudesse compreender que o aprendizado torna-se rico quando é possibilitado ao aluno intervir num contexto social.

Na minha perspectiva, posso dizer que o protagonismo estudantil desenvolve-se entre aqueles sujeitos com iniciativa e que tenham um espírito libertário e resistente às amarras. Quando me refiro às amarras, quero dizer: seduzir-se por certo jogo clientelista de trocas desiguais de interesses e de vantagens, uma forma de corrupção disfarçada em benefício próprio que não contribui com o modelo de sociedade igualitária que tanto almejamos. O objetivo parece ser o exercício da cidadania, para além de si próprio, assumindo o compromisso e a responsabilidade de exercitar sua autonomia de forma reflexiva e crítica e não se omitindo.

O Bacharelado em Saúde Coletiva

Para contextualizar minhas experiências, inicio abordando a formação no Bacharelado em Saúde Coletiva, iniciado em 2009 por uma equipe de professores vinculados a diferentes unidades formativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com intuito de formar sanitaristas com um perfil generalista, atuando na formação do indivíduo, voltado para a saúde das populações e o fortalecimento do SUS.

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) propõe práticas multiprofissionais e interdisciplinares, com forte atuação na análise, formulação de políticas públicas e nas ações de promoção e educação em saúde, e vigilância em saúde, além do planejamento, gestão e avaliação em saúde, seja direta ou indiretamente, que sejam capazes de participar no processo de tomada de decisões.

A estrutura curricular do curso é organizada por Unidades de Produção Pedagógica (UPP), e não em disciplinas, como ocorre em grande parte dos cursos de graduação da Universidade, o que gera estranhamento nos primeiros momentos. Diferenciam-se as UPP por estas não serem formatadas em disciplinas e utilizarem diferentes metodologias de ensino, não somente aulas expositivas, e na transmissão de conteúdos como grande parte de cursos tradicionais. Uma UPP pode ser trabalhada de forma transversal, como exemplo, temas da sociologia, da antropologia e da filosofia; o mesmo tema pode ser problematizado em diferentes áreas facilitando sua compreensão. Aos poucos, todos os conceitos até então apreendidos e formatados se desconstruem, quebrando paradigmas. A cada semestre, o curso torna-se mais interessante, pois a dinâmica das UPP vai ficando mais evidente. Seu desenvolvimento ao longo do semestre ocorre de forma articulada, gerando produção de conhecimento interdisciplinar.

São utilizados portfólios como uma das ferramentas de avaliação para ressignificar as experiências e aprendizados desenvolvidos. Assim, os docentes e os próprios discentes podem acompanhar o desenvolvimento a partir de reflexões das vivências, que podem ser produzidas por meio físico (caderno ou pasta) ou virtual (webfólio).

A valorização da autonomia e o respeito às suas singularidades fazem com que os estudantes sintam-se encorajados a buscar novos desafios. Toda esta vivência contribui para a produção

acadêmica que se traduz na participação em congressos e eventos, projetos de extensão e pesquisa, e gerou uma publicação com narrativas de 22 estudantes de Saúde Coletiva da UFRGS, com o título “Fiz vestibular pra Saúde Coletiva!” (CECCIM, 2013).

Os Itinerários do Protagonismo Estudantil

No ano em que iniciei a graduação, 2009, sentia certa apatia dos jovens na participação das discussões políticas, econômicas e sociais. Percebi que estava equivocada, pois, com meu envolvimento gradativo em diferentes projetos de extensão, tive a oportunidade de ver no cotidiano em que espaços os jovens estavam sendo atores de sua formação profissional e cidadã. Assim, durante o período de férias fui “vivente” e facilitadora do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), durante o ano todo fui voluntária do Programa de Educação Tutorial (PET) e em alguns sábados participei do projeto de extensão *História de Instituições de Saúde de Porto Alegre: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Colônia Itapuã e Sanatório Partenon*; encontrei muitos colegas que, como eu, queriam discutir política e as demandas da sociedade, bem como a formação profissional.

Ingressar num curso com estrutura curricular não disciplinar, utilizando metodologias de ensino diferentes e nada ortodoxas, provoca o desejo de ir além. A opção foi buscar um projeto que pudesse contribuir com minha formação, mas que não fugisse da perspectiva da graduação. Entrei no *Programa de Educação Tutorial (PET) Conexões de Saberes - Cenários de prática e de estágios curriculares noturnos*. É um projeto multiprofissional e interdisciplinar constituído por alunos de origem popular de cursos noturnos da UFRGS na área da saúde (Saúde Coletiva, Odontologia, Psicologia e Serviço Social) e uma tutora docente do Bacharelado em Saúde Coletiva. O objetivo deste grupo PET é incentivar a participação e o protagonismo estudantil em ações do controle social e estimular o reconhecimento de competências e habilidades desenvolvidas durante o processo de formação e construção do conhecimento. No grupo, são problematizados os aspectos vivenciados nos cenários que se inserem.

Existe uma valorização da autonomia intelectual e dos saberes que adquirimos em experiências fora do espaço acadêmico, o reconhecimento de competências e habilidades desenvolvidas durante o processo de formação que muitas vezes somente na sala de aula da graduação não conseguimos perceber, e o incentivo à participação e ao protagonismo estudantil em ações do controle social, entre outras.

Uma das particularidades deste projeto é o incentivo ao desenvolvimento da escrita, através do portfólio e fichas de leitura, que também faz parte do processo de avaliação dos alunos. O tutor tem papel fundamental de mediador no ensino-aprendizagem neste processo, auxiliando os estudantes a criar novos hábitos e comportamentos, no sentido de subsidiar alternativas para aprendizagem significativa. Para Moreira (2006), esta aprendizagem nos permite lidar com a mudança de forma construtiva sem deixar dominar-se por ela, e o conhecimento é construção nossa.

Alguns resultados podem ser citados: a apropriação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC); a identificação de cenários de prática e de estágios curriculares noturnos; a execução de projetos de extensão realizando créditos complementares, aos sábados; a atuação em instâncias do controle social; a elaboração e execução do projeto de pesquisa abordando acesso/permanência/evasão/demandas do ensino noturno; entre outros.

Na busca por mais vivências significativas, surge a retomada do projeto VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. Ingressei no projeto como “vivente” e em outro momento como facilitadora. Fazer uma imersão no Sistema Único de Saúde através do VER-SUS é a oportunidade de sair da academia para vivenciar a realidade dos serviços de saúde. O projeto

é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa qualificar a formação de profissionais de saúde e incentivar as ações multiprofissionais e interdisciplinares. A retomada deste projeto oportunizou minha participação como “vivente” e facilitadora.

No período de férias, estudantes de todo Brasil participam, durante dez dias, de vivências na rede de saúde de um determinado território. É um ambiente de compartilhamento de saberes e sentimentos entre estudantes, profissionais e usuários, que não contribui somente para a formação dos estudantes, mas também na construção de espaços para o diálogo intersetorial. As ações em redes e os intercâmbios nas práticas em saúde significam envolver vários atores no debate e com eles construir projetos coletivos em direção a uma sociedade mais equânime (MEIRELLES; ERDMAN, 2006).

Neste período, o vivente entra num processo de imersão, onde vai interagir com a comunidade, conhecer suas demandas e as rotinas nos serviços de saúde. O VER-SUS nos faz despertar para uma realidade com suas complexidades, que nem sempre conhecemos na academia. O maior desafio é o trabalho em equipe multidisciplinar. A formação nos cursos da área da saúde parece ainda não priorizar o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; percebe-se em alguns serviços que cada profissional faz seu trabalho sem dialogar com outros membros da equipe. Repensar estes processos de trabalho de forma crítica e reflexiva era o norte nas discussões entre viventes.

Após ter sido vivente, tive a experiência de ser facilitadora. Como facilitadora experienciei a autogestão, pois não representava a figura de um chefe do grupo, mas alguém para garantir que o processo fluísse, construindo soluções coletivamente e interagindo com todos os atores. O VER-SUS é um grande desafio e ao mesmo tempo uma potencia na formação, pois agrega estudantes de vários cursos que muitas vezes não se reconhecem como área da saúde. É uma experiência pautada no diálogo entre gestores, profissionais, estudantes e usuários, ainda que seja necessária uma maior adesão de estudantes de Medicina.

Outra iniciativa foi cursar a disciplina de Práticas Integradas em Saúde, ofertada pela Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), órgão colegiado da UFRGS, constituído junto à Pró-Reitoria de Graduação, que objetiva a integração entre iniciativas e projetos voltados a mudanças na formação das profissões da saúde e o fomento ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras de aprendizagem (FERLA; ROCHA, 2013).

Particpei da primeira turma, que contou com alunos dos cursos de Saúde Coletiva, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, numa proposta multiprofissional e interdisciplinar. Os estudantes são divididos em grupos diversos e participam de atividades de concentração (reunião de todos os grupos) e atividades de dispersão (grupos divididos para atividades de campo no território). Sua relevância é que os alunos refletem e discutem suas vivências no território, desta forma agregando-se o saber popular ao conhecimento.

Atual Conjuntura do Protagonismo

Historicamente os jovens já viveram momentos emblemáticos, como o de Maio de 1968, na França; o de Woodstock, no final dos anos 60, nos EUA; o movimento Black Power, iniciado em 1966; e o Movimento Feminista, que se consolidou na década de 60. Depois de um tempo de certa letargia, mais recentemente, eclodiu pelo mundo uma onda de ativismo político, iniciada pela Primavera Árabe em 2010, cujo estopim foi a morte de um tunisiano que ateou fogo em seu próprio corpo em protesto contra a corrupção das autoridades na Tunísia. Após este, as manifestações espalharam-se pelo Egito, Líbia, Iêmen, Síria, Bahrein, Omã, Marrocos e Argélia. Elas tinham diferentes reivindicações e algumas buscavam melhorias na qualidade de vida da população.

Em 2011, na Inglaterra, outro movimento se forma e espalha-se por todo Reino Unido. Jovens utilizam as redes sociais para organizarem uma manifestação em Londres contra o plano de austeridade do governo inglês, que previa cortes nos gastos públicos em seguridade social, segurança, saúde, educação e cultura. Além de aumento dos impostos e das tarifas do transporte público, os ingleses ainda estavam vivenciando a alta da inflação e o desemprego. Em maio de 2013, na Turquia, manifestantes fizeram vários protestos contra o autoritarismo do governo. Tais acontecimentos mostraram que a juventude, mais uma vez por meio de redes sociais, voltou a ocupar os espaços urbanos para protestar contra a crise do mercado e as políticas impostas pelos governos, ou mesmo a falta de aplicação destas políticas públicas.

No Brasil, em outubro 2012, os jovens voltam a protagonizar as manifestações nas ruas. Os protestos iniciaram em Porto Alegre, com a restrição das manifestações culturais no Largo Glênio Peres. Insatisfeitos com tal medida, o movimento de Defesa Pública da Alegria convoca jovens, através das redes sociais, a participar de um ato contra a privatização dos espaços públicos na cidade. Em abril de 2013, outra manifestação ocorre em Porto Alegre, agora contra o aumento de R\$ 0,20 na tarifa de ônibus. A manifestação foi organizada pelo Bloco de Luta pelo Transporte Público e não ocorreu apenas pelo aumento da passagem, mas pelas condições do transporte público e da mobilidade urbana, contra a privatização dos espaços públicos e pelo direito à cidade.

Para Vainer (2013) estes protestos demoraram muito para acontecer, pois as populações mais pobres são as que mais sofreram nestes últimos anos com os serviços precários e a segregação dos espaços urbanos. Em outros momentos de nossa história já vivemos situações semelhantes, em que houve uma migração forçada nas cidades. Comunidades são enviadas para bairros distantes, onde a locomoção para os centros é difícil e o custo do transporte elevado. Esta migração forçada sempre ocorre quando o capital quer ocupar o espaço.

Diante da enorme pressão e insistência dos manifestantes, a Prefeitura de Porto Alegre toma a iniciativa de reduzir a tarifa. Mas o que não se esperava era a potência desta vitória, que acabou ganhando o cenário nacional. As ruas são tomadas por manifestantes de vários grupos e a violência normalmente ocorre como resposta à opressão. Os prejuízos ao patrimônio público e privado foram grandes e a resposta foi violentas batalhas entre a polícia e os manifestantes. Sylvio Micelli (2013) destaca que as manifestações são democráticas e que a violência está relacionada mais à repressão e ao despreparo da polícia, no que diz respeito às balas de borracha e ao gás lacrimogêneo. A mídia, que até então acusava os manifestantes de vândalos, passa a dar voz aos movimentos e chamar a população para também sair às ruas.

Muitas pessoas se perguntam o que provocou esta onda de descontentamento que levou multidões para as ruas. Como grupos com reivindicações tão diferentes uniram-se nas manifestações? Quem são e qual a motivação? O fato é que a característica deste movimento é a pluralidade, e o que motivou estes jovens, como afirma Sakamoto (2013), é o sentimento que podem ser protagonistas de seu país e de suas vidas. Eles querem muito mais que espaço para participar da tomada de decisão, querem o direito de viver a democracia em sua plenitude, sem a repressão e o velho conservadorismo das instituições. São os filhos da geração anos 80, geração que experimentou a redemocratização e ao mesmo tempo um sentimento de acomodação, pois foram cooptados pelo capitalismo e o prazer de consumir como promessa de felicidade.

Na década de 60, em vários países, estudantes e operários uniram-se em revolta ocupando as ruas das cidades e as praças, conforme já assinalado. Uma forma de expressar a luta para mudar o mundo propondo um novo projeto de sociedade. Se naquela época as lutas eram contra a política conservadora e a autocracia, hoje os jovens buscam melhorias mais calcadas no seu dia a dia, no seu cotidiano, cuja inspiração está na cultura e na arte. Nos anos de 1960 a 1980, a música

popular brasileira deu sua contribuição com suas letras que impulsionaram a mobilização social. Agora, embalados em outros ritmos, como o rap, que apresenta letras de protesto contra as desigualdades sociais, raciais e religiosas, continuam a protestar.

Depois de Maio de 68 e os movimentos ocorridos nesta década e nas seguintes, tivemos importantes conquistas sociais, como a igualdade de direitos civis, a afirmação da mulher, a liberação sexual, e o reconhecimento das lutas dos estudantes e da diversidade cultural. Passados mais de quarenta anos, estas transformações ainda são debatidas. Em relação ao Brasil, falava-se em arrefecimento dos movimentos; o fato é que, por um longo período, as ruas não pertenciam mais às novas gerações. A partir de abril de 2013, muda o cenário e as redes sociais servem de base para a organização das manifestações. Os jovens são convocados para sair às ruas e expressar sua insatisfação com as estruturas políticas e os partidos. Bandeiras são substituídas pelos cartazes com frases de ordem.

Contemporaneamente a Internet é o ambiente onde os protestos juvenis são registrados, as redes sociais são vias de compartilhamentos e abrangem uma grande quantidade de pessoas. Para Santos (2011) o ciberativismo, como são chamados os movimentos nas redes sociais, é uma ferramenta utilizada para mobilizar pessoas em todo mundo para causas diversas, assim como convocar para manifestações nos espaços urbanos.

Recentemente aqui no Brasil e no mundo voltam a explodir protestos e manifestações que, por meio dos cartazes, mostram que os jovens não se sentem mais representados pelos políticos, não legitimam mais as instituições e querem eles mesmos se representar. Exemplo disso foi amplamente divulgado pelas mídias: fotos e figuras de cartazes, ou mesmo de falas dos manifestantes, que diziam “sem partido”. Lima (2013) atribui à mídia esta crise e destaca que a falta de espaço para debate das questões de interesse público é que leva a não haver legitimidade nos canais institucionalizados.

Para Rollsing (2013), a sociedade está cansada de esperar pela solução de antigos problemas. Gastos excessivos com eventos esportivos, polêmicas ambientais, inflação e descrença na política geraram uma insatisfação generalizada que levou aos protestos. A descrença com os partidos políticos e as instituições públicas fez com que a população encontrasse outros meios para se organizar, como as redes sociais. A classe média em especial vem sofrendo há muitos anos com a falta de representação política, as crises econômicas e sociais e os regimes governamentais, em especial os autocráticos.

Inevitavelmente, estes movimentos têm sido comparados com as manifestações de 1968; no entanto, são diferentes porque hoje há uma pulverização das demandas, enquanto no ano de 68 a sociedade mobilizava-se contra a ditadura. Em entrevista publicada no jornal Zero Hora, em 13 de abril de 2013, o contemporâneo pensador francês Michel Maffesoli faz uma análise sobre a retomada das manifestações juvenis. Abordando os eventos ocorridos em Porto Alegre, que pediam a redução do valor das passagens de ônibus, ele afirma que, diferentemente de décadas passadas, não temos mais uma grande causa e sim uma preocupação com nossos problemas cotidianos, como mobilidade urbana, segurança, educação, saúde, homofobia, entre outros.

Não discutimos mais qual projeto de sociedade queremos para o futuro, e sim interesses coletivos, como abordado na entrevista. A sociedade hoje é tomada muito mais pelas emoções do que pela razão. Não precisamos lutar contra a ditadura militar e seus representantes, mas estarmos juntos discutindo e refletindo sobre as questões do nosso cotidiano. A sociedade está cansada e não se convence mais com falsas promessas.

A frase mais pronunciada nas manifestações ocorridas ao longo de 2013 foi: “não nos sentimos mais representados por partidos, políticos e instituições”. A incapacidade e ineficiência dos poderes Executivo e Legislativo em deliberar nos leva à crise de representatividade que estamos vivendo.

Para Costa (2013), o princípio gerador dos descontentamentos é o esgotamento da democracia representativa como forma de organização política da sociedade. A sociedade precisa discutir uma nova forma de representação e a reforma política é um bom começo.

Não temos o retorno esperado dos altos impostos recolhidos pelo governo. Falta mais investimento em educação, saúde, segurança e transporte, assim como o dinheiro recolhido pelos pedágios não garante a melhoria das estradas. Após anos de estabilidade econômica no país, a inflação retorna visivelmente no comércio. E as reformas política, tributária e agrária não avançam.

O povo brasileiro está extremamente insatisfeito com a nossa sociedade desigual, onde o Estado deixa de ser protetor de seus cidadãos para agir em prol das empresas e do mercado. O neoliberalismo reforça o ideal de que o setor público é ineficiente e responsável pela crise e o setor privado é sinônimo de qualidade. Estamos em meio a uma crise mundial onde o modelo neoliberal e seus ideais privatistas já não se sustentam mais. A sociedade quer participar das decisões e definir os rumos para o Brasil. Não queremos mais esta política partidária e institucional de favorecimentos e que enriquece um pequeno grupo, beneficiando as grandes corporações em detrimento das camadas mais pobres. Segundo Mouffe (2003), é necessário estabelecer novas fronteiras políticas que incorporem múltiplas demandas democráticas e possam oferecer alternativas ao neoliberalismo. Diante desta incapacidade de criar políticas sociais redistributivas, os governos argumentam que a saída são os planos de austeridade.

Formação Profissional

A educação e a saúde pública no Brasil enfrentam sérios problemas com o financiamento público e o estímulo à privatização das instituições. O desafio contemporâneo é como preparar os estudantes da área da saúde para o enfrentamento de tais situações no seu cotidiano de trabalho. Sabemos que o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre pressão pela privatização dos serviços. Quem vai absorver maior parte dos profissionais é o SUS.

Alguns cursos de graduação na área da saúde parecem não dar conta de uma nova postura profissional (CECCIM et al., 2008). As instituições formadoras ainda não estão convencidas de que estes processos de mudança apontam para a produção do cuidado integral e resolutivo. Atualmente o profissional demandado é aquele que consegue olhar o usuário do serviço de saúde de forma integral, ou seja, que tenha uma concepção da clínica ampliada e do Projeto Terapêutico Singular, onde se discute o caso com uma equipe multidisciplinar, e que saiba respeitar e reconhecer as singularidades e subjetividades dos usuários, sendo o usuário o sujeito que também participa na construção de alternativas terapêuticas.

O olhar integral que a Saúde Coletiva tem sobre o indivíduo, compreendendo-o como um todo, ainda é, para muitos cursos, uma novidade e um estranhamento na formação acadêmica. As instituições parecem ainda não estar preparadas para esta realidade de integrar os saberes.

A partir destas observações, entende-se a importância da indissociabilidade do ensino-pesquisa-extensão na formação superior, possível se houver uma maior proximidade entre academia e a comunidade. O ensino-aprendizagem precisa ter a teoria aliada à prática; não se admite que hoje um estudante de graduação tenha contato com os serviços de saúde apenas no último ano de seu curso. A troca de saberes entre alunos, comunidade e trabalhadores proporciona um enriquecimento na construção do conhecimento. Dificilmente esta troca ocorre na sala de aula com a reprodução de conteúdos.

Ao visitar instituições de saúde, conversando com trabalhadores e comunidades, também se percebe o quanto se tornou cansativa a inserção da academia com seus estudantes, que fazem coleta de dados e pesquisas sem deixar nenhuma contribuição para melhoria da qualidade de vida

do “objeto de estudo”. Professores e alunos precisam rever suas práticas junto à comunidade, pois se trata de um território rico em experiências e subjetividades.

O Ensino Público e a Permanência dos Estudantes

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6096 de 2007, é uma estratégia criada para a democratização do ensino público na educação superior no Brasil. O Reuni tem como objetivo criar condições para a ampliação do acesso e permanência na Educação Superior (BRASIL, 2007). De fato, as vagas foram ampliadas e criou-se o sistema de cotas, que vem beneficiando estudantes de escolas públicas e afrodescendentes. Passada a euforia da criação de vagas, é chegado o momento de avaliar a evasão destes cursos, pois sabemos que não basta proporcionar o acesso, é preciso garantir a permanência destes alunos na universidade.

Mesmo com o esforço em lançar o Reuni, a universidade pública parece ainda não estar preparada para receber estes estudantes. A estrutura carece de adequação, falta a ampliação dos horários dos laboratórios, bibliotecas, restaurantes universitários, entre outros. É necessário adequar o ensino noturno para a realidade destes alunos, que são trabalhadores-estudantes e formam uma categoria diferente, com outras demandas.

O maior dilema para estes alunos é trabalhar e conseguir participar das atividades extracurriculares que a universidade oferta. Para Zago (2006), uma efetiva democratização da educação requer políticas para a ampliação do acesso e fortalecimento do ensino público em todos os seus níveis, mas requer também políticas voltadas para a permanência destes estudantes no sistema educacional de ensino. A expansão do ensino superior que ocorreu de 1930 a 1970 foi um marco para criação de novas instituições privadas, o que acabou por mercantilizar a educação e restringir o acesso ao nível superior.

Considerações Finais

Minhas reflexões sobre o protagonismo estudantil e a formação profissional pretenderam indicar que não basta somente formar, é necessário que no processo formativo haja compromisso ético e humanístico com a sociedade. As instituições têm um papel importante nesta transformação. O ensino-aprendizagem deve ser significativo para o aluno, pois suas experiências de vida também fazem parte de sua formação.

Analisando o itinerário que percorri durante a formação em Saúde Coletiva, pude perceber que é imprescindível valorizar os espaços de integração e o debate entre a sociedade e a universidade. A participação em atividades para além da sala de aula aproxima os estudantes da comunidade e pode despertar o desejo de atuar junto às comunidades mais pobres e desassistidas.

Este momento que estamos vivendo, de manifestações pelas redes sociais e nas ruas, provam que a formação de profissionais cidadãos deve fazer parte do currículo, assim como trabalhar as competências e habilidades para tratar das questões cotidianas e das desigualdades que tanto afligem a população.

Espera-se que tais reflexões possam contribuir na direção da importância de continuar inovando a formação em saúde no país, assim como subsidiar novos debates e propostas de ensino que possam integrar os cursos da área da saúde.

Referências

- BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. *Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI*. Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 04 Jul. 2013.
- CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5): 1567-1578, 2008.
- CECCIM, R. B. (Org.). *Fiz vestibular pra saúde coletiva!* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria Estadual da Saúde, Escola de Saúde Pública, 2013. 100 p.
- COSTA, L. M. O que querem os manifestantes. *Observatório da Imprensa*, 11/6/2013. Edição 750. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/o_que_querem_os_manifestantes>
- FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. (Org.). *Cadernos da Saúde Coletiva: Inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: UFRGS, 2013.
- LIMA, V. A. Mídia, rebeldia urbana e crise de representação. In: MARICATO, E. *Cidades rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.
- MAFFESOLI, M. Mudar o que é possível hoje. *Zero Hora*, Porto Alegre, 13 abr. 2013.
- MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.
- MICELLI, S. Qual o limite para as manifestações públicas? *Observatório de imprensa*. Ano 17 ed. 751 18 jun. 2013. Disponível em: <observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed751_qual_e_o_limite_para_manifestacoes_publicas>. Acesso em: 16 jul. 2013
- MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa subversiva. *Série-Estudos - Periódico do Programa de Pós Graduação em Educação da UCDB*. Campo Grande - MS, n. 21, p.15-32, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/index.php/serie-estudos/article/view/289/142>> Acessado em: 19 de julho de 2013.
- MOUFFE, C. Democracia, cidadania e a questão do pluralismo. *Revista Política & Sociedade*. Florianópolis, n. 3, out. 2003. Disponível em: <<http://201.86.212.89/cursos/posgraduacao/dh/2008/outros%20subsidiarios/Valdeir%201.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2013.
- ROLLSING, C. Crise partidária motiva protestos sem influência de políticos. *Jornal Zero Hora*. Porto Alegre, 18 jun. 2013. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2013/06/crise-partidaria-motiva-protestos-sem-influencia-de-politicos-4173475.html>> Acesso em 19.jul.2013
- SAKAMOTO, L. Em São Paulo, o Facebook e o Twitter foram às ruas. In: MARICATO, E. *Cidades rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.
- SANTOS, F. J. A. O ciberativismo como ferramenta de grandes mobilizações humanas: das revoltas no Oriente Médio às ações pacíficas do Greenpeace no Brasil. *Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação*. São Paulo, ano 5, ed. 1, set./nov. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/anagrama/article/view/7665/7045>> Acesso em: 23 jul. 2013.
- VAINER, C. Quando a cidade vai às ruas. In: MARICATO, E. *Cidades rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

ZAGO, N. Do acesso à permanência no ensino superior: percursos de estudantes universitários de camadas populares. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, v. 11 n. 32 mai./ago. 2006.

PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS E CONFIDÊNCIAS¹

Neusa Beatriz Barcelos de Farias²

Resumo: Este artigo tem por objetivo narrar, através de um relato de experiência, minha vivência durante a participação na elaboração e apresentação, como extensionista voluntária, nos programas Saúde na Comunidade e Programa Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários da Rádio Comunitária AMORB-FM, em Porto Alegre (RS), através do Projeto de Extensão Nas Ondas do Rádio, realizado em parceria entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Associação Comunitária dos Moradores do Conjunto Habitacional Rubem Berta (AMORB). Estes programas radiofônicos, realizados semanalmente, têm um enfoque na promoção, na educação e na prevenção em saúde, e visam atingir a comunidade em geral, variando os temas para que múltiplos atores e interesses sejam contemplados. Além disso, por meio do debate, é possível aumentar o conhecimento sobre saúde, seus determinantes e condicionantes, reconhecer a saúde como direito, e possibilitar a troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a população, entre outros benefícios. A partir deste Projeto de Extensão, pode-se verificar, ainda, o quanto um programa de rádio é capaz de contribuir para a melhoria da saúde das pessoas, sejam elas participantes ou ouvintes.

Palavras-chave: Rádio Comunitária; Comunicação em Saúde; Promoção da Saúde.

Introdução

A comunicação comunitária é de extrema importância para o fortalecimento da participação social, que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 2013).

Dentro deste contexto, as rádios comunitárias podem contribuir na criação de estratégias para ampliar o controle social, pois o ouvinte/usuário pode participar e dar seu depoimento sobre os diferentes assuntos tratados nos programas, desfrutando de seu direito de expressão.

Os programas sobre saúde têm como um possível efeito o empoderamento de seus participantes, esclarecendo dúvidas sobre saúde, implicando-os em uma ação mais participativa, permitindo que possam agir em prol de mudanças sociais e ambientais positivas, e estabelecendo relações interpessoais entre todos os envolvidos. Ao mesmo tempo, a participação dos ouvintes/usuários contribui para que os programas continuem no ar, veiculando informação e proporcionando diversão.

¹ Artigo resultante do Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva (UFRGS), orientado pela Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha.

² Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: neusadefarias@gmail.com

Minha participação nos programas sobre saúde na Rádio Comunitária do Rubem Berta, AMORB-FM, nos anos de 2011 e 2012, só foi possível através do Projeto de Extensão *Nas Ondas do Rádio*³, que me permitiu aprender sobre o funcionamento de um programa popular de rádio, contribuindo muito na minha formação acadêmica e possibilitando verificar que existem diversas maneiras de prevenção e promoção da saúde e que a atuação em um programa de rádio é uma delas.

A justificativa para elaboração deste artigo se dá pelo meu interesse com relação à comunicação comunitária, devido ao fato de eu ser moradora do bairro Rubem Berta há mais de quarenta anos, ter acompanhado toda a ocupação do Conjunto Habitacional Rubem Berta, e pela importância sociocultural das ações de promoção, prevenção e educação em saúde por parte da Rádio Comunitária, através dos programas *Saúde na Comunidade* e *Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários*. Assim, tenho aqui o objetivo de narrar, através de um relato de experiência, minha vivência durante a participação na elaboração e apresentação, como extensionista voluntária nos programas já citados da Rádio Comunitária AMORB-FM, em Porto Alegre (RS).

A Importância da Comunicação em Saúde

A comunicação é a forma de expressarmos nossas vontades, valores, sentimentos e juízos e é um direito de todos. Para que haja comunicação, deve ser utilizada uma linguagem adequada e comum entre os atores envolvidos no processo. São protagonistas da comunicação social aqueles que exercem o direito de se comunicar (GIRARDI; JACOBUS, 2009). Em uma rádio comunitária, o uso de um vocabulário acessível e de uso cotidiano, sem marcas de linguagem técnica deste ou daquele campo do conhecimento, é essencial para o sucesso da informação e da comunicação, e seus participantes e ouvintes tornam-se os personagens principais neste contexto.

Para Teixeira (2004), os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, porque podem influenciar a avaliação que os usuários fazem da qualidade dos cuidados que recebem, tornando os ouvintes/usuários figuras de destaque neste processo, ampliando sua visão com relação ao atendimento oferecido.

O grande “perigo” das rádios comunitárias está na cidadania que ela faz despertar no ouvinte, ao promover a troca de papéis: de ouvinte, o cidadão passa a falante e os mandões locais [...] de falantes a ouvintes. (PERUZZO, 1998, p.7)

E no SUS não há de ser diferente, pois uma população empoderada tem consciência de seus direitos e cidadania e, conseqüentemente, pode reivindicar melhores condições de atendimento. Daí a relevância de um programa de rádio popular que incentiva a participação da comunidade e que abre a possibilidade de troca de saberes entre profissionais, estudantes e usuários do Sistema, para capacitarem indivíduos através de uma ação coletiva para que atuem nos espaços privilegiados de decisões, com consciência dos direitos que possuem e passando a agir por mudanças sociais e ambientais positivas, implicando em uma ação participativa.

O Bairro Rubem Berta

Segundo dados constantes no Observatório de Porto Alegre (ObservaPOA), o Bairro Rubem Berta, situado no limite norte da cidade, faz divisa com o município de Alvorada e, ao sul, com o Bairro Sarandi. Foi criado e delimitado pela Lei Municipal nº 3159, de 09 de julho de 1968. Atualmente, é o bairro mais populoso da capital, contando com mais de 87 mil habitantes (OBSERVAPOA, 2013).

3 Ação de Extensão iniciada em 2011 (e vigente até o momento), coordenada pela Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha e pela médica Renata Pekelman, e realizada na interface das áreas de saúde e comunicação, junto aos Programas da Rádio Comunitária da Associação de Moradores do Bairro Rubem Berta (AMORB-FM), cujo foco é a promoção e a educação em saúde.

Ainda segundo informações constantes no ObservaPOA, a zona norte da capital, até o início do século XX, era uma região agropastoril, com sua economia baseada na venda de leite. Os minifúndios dominavam a paisagem e também abasteciam a área central. A incorporação da zona norte como área urbana de Porto Alegre foi reflexo do crescimento e desenvolvimento industrial e comercial da capital, tornando a região do Rubem Berta densamente habitada a partir da década de 1960, constituindo-se o bairro a partir de mais de vinte vilas e grandes conjuntos habitacionais.

O crescimento da região ocorreu através da ocupação de loteamentos de diferentes iniciativas: poder público, iniciativa privada, invasões e áreas de ocupações mistas, com parte do loteamento organizado, e com parte constituída por ocupação irregular (OBSERVAPOA, 2013). Segundo informações de um integrante da Associação Comunitária do Rubem Berta, em conversa informal, somente o Conjunto Habitacional Rubem Berta tem cerca de 35 mil moradores.

As vilas que compõem atualmente o bairro Rubem Berta são: Nova Gleba, Santa Rosa, Dois Diques, Pôr do sol, João Paris, Fraternidade, Beco dos Maias, Nova Santa Rosa (ex-Vila Ramos), Páscoa, São Borja, União, Paris, Dutra Jardim, Diamantina, Varig, Alexandrina, Max Gueiss e o Parque Santa Fé, além dos conjuntos habitacionais Fernando Ferrari, Guapuruvu, Parque dos Maias, Rubem Berta e Ícaro. Os moradores do Rubem Berta são, em sua maioria, pessoas de classe média baixa, oriundos de outras regiões periféricas da capital e de cidades do interior do Estado. O adensamento populacional fez com que os habitantes do bairro se mobilizassem em associações comunitárias para garantir moradia e condições de infraestrutura. Dentre as Associações, destaca-se a AMORB, criada em 23 de novembro de 1987 (OBSERVAPOA, 2013). O Rubem Berta é um bairro residencial, dispendo de pequeno comércio de abastecimento, como supermercados, farmácias, lojas diversificadas, etc.

O Conjunto Habitacional Rubem Berta caracteriza-se por possuir aspectos de vulnerabilidade social e pode ser entendido como um local onde há condição de risco e carência e onde residem pessoas com baixo poder aquisitivo, suscetíveis à violência urbana. Talvez por este motivo a população se mobilize para realizar atividades culturais voltadas à juventude.

Uma importante ação cultural que acontece no bairro é o projeto *Cohab é Só Rap*, que nasceu a partir da iniciativa da própria comunidade. Tal projeto objetiva “integrar os jovens em um movimento cultural que desenvolva a cidadania e incentive a consciência crítica social”, bem como estimule o desenvolvimento sociocultural da juventude do bairro, aumentando a autoestima de seus moradores e, conseqüentemente, promovendo a saúde dos mesmos (PORTO ALEGRE, 2013).

O Festival de Rap é realizado anualmente, pelos jovens do Rubem Berta, apoiados pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através das Secretarias da Juventude, Cultura e Saúde e por parceiros particulares. O evento ocorre ao ar livre, na principal avenida do Bairro (Av. Adelino Ferreira Jardim), onde é montada uma tenda. É aberto ao público em geral, recebe cerca de dez mil pessoas, e conta com performances de DJ, apresentações musicais com artistas, além de intervenções de teatro, circo, dança de rua e grafite (PMPA, 2013).

O RAP - Rhythm and Poesy, no português Ritmo & Poesia, é a trilha sonora do movimento. Interpretado pelo MC (Mestre de Cerimônias), o rap tem diferentes vertentes e suas letras variam de protesto contra política, repressão, baseada em preconceitos por parte da sociedade, polícia e Estado. Fala de amor, fatos que as pessoas vivenciam em bairros pobres, relata sobre crimes e drogas e a REALIDADE SEM MAQUIAGEM. É tão comum encontrarmos contrastes nas letras de diferentes países, quanto é possível notar semelhanças de realidade cantada. Essas variações dependem da região e do estilo de vida de quem o faz. Os valores da sociedade são contestados nitidamente. (FÁBRICA DE PENSAMENTOS, 2013)

A Rádio AMORB-FM

A Rádio AMORB-FM funciona nas dependências da Associação Comunitária do Bairro Rubem Berta. Em 1987, a partir de um grande movimento popular, ocorreu a ocupação de imóveis inacabados em razão da falência de uma construtora que realizava a edificação da Cohab Rubem Berta, fato que transformou o local em esqueletos de cimento abandonados. Muitas pessoas que tinham sido sorteadas para receber suas moradias estavam impacientes ao ver os 3.712 apartamentos totalmente esquecidos. A população resolveu, então, ocupar os imóveis e assumir a responsabilidade pela conclusão das obras. Após a ocupação, surgiu a necessidade de organização desta comunidade, que acreditava que a união facilitaria a negociação com os órgãos públicos resistentes à ocupação. Foi então que a Associação Comunitária dos Moradores do Bairro Rubem Berta (AMORB) surgiu e conta com uma história de lutas e conquistas, dentre elas, a criação da Rádio Comunitária AMORB-FM (PEKELMAN et al., 2009).

A Rádio Comunitária AMORB-FM surge como uma demanda da comunidade da Cohab Rubem Berta. Essa Rádio Comunitária, sintonizada na frequência 87.9 FM, iniciou suas atividades em novembro de 2007, após 10 anos de luta junto ao Ministério das Telecomunicações para legalizar sua atuação. Desde então, a emissora passou a se constituir em um espaço de integração da comunidade local, bem como de desconstrução da imagem predominantemente negativa e estereotipada do bairro, produzida a partir da mídia massiva, de um lugar de tráfico, violência, drogadição e pobreza.

Conforme Artigo 1º da Lei nº 9.612, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998), denomina-se Serviço de Radiodifusão Comunitária a radiodifusão sonora, em frequência modulada, operada em baixa potência e cobertura restrita, outorgada a fundações e associações comunitárias, sem fins lucrativos, com sede na localidade de prestação do serviço. A rádio comunitária, geralmente um espaço de integração e interação com a comunidade local, assume papel de destaque na disseminação de informações, sendo importante para a transmissão de conhecimentos de saúde.

As rádios comunitárias, no entanto, têm inúmeras limitações para seu funcionamento, tais como a falta de apoiadores ou a baixa potência e sua pequena área de cobertura, o que limita sua audiência apenas aos bairros adjacentes. Ao mesmo tempo, no caso da Rádio AMORB-FM, melhorias estão sendo alcançadas gradualmente, para que a população local conheça e participe cada vez mais de sua programação, inclusive se responsabilizando pela criação e execução de novos programas, pois essa é a principal potencialidade das rádios comunitárias – promover a comunidade (PEKELMAN et al., 2009).

As instalações da Rádio são adequadas e possuem os equipamentos necessários para a transmissão dos Programas, porém o espaço físico é limitado e, durante a realização de alguns programas, não há lugar para todos os participantes, que ficam escutando os mesmos pela caixa de som do lado de fora do estúdio. Entretanto, segundo informações de uma participante de um dos programas da Rádio AMORB-FM, a ambiência será melhorada e o estúdio será aumentado.

Com relação à audiência dos programas (em particular daqueles voltados para a saúde), foi realizada, através do Projeto de Extensão *Nas Ondas do Rádio*, uma pesquisa de opinião⁴ para verificar junto à população local quais os assuntos relativos à saúde que a comunidade gostaria que fossem abordados e também saber se os integrantes da comunidade ouvem a Rádio e o Programa *Saúde na Comunidade*. Os resultados da pesquisa demonstraram que em torno de 63% dos entrevistados não ouvem a Rádio e mais ou menos 70% não ouvem o Programa. Ainda assim, muitos opinaram sobre os assuntos que gostariam de ouvir e os mais solicitados foram: diabetes, hipertensão, AIDS/DST, saúde da criança, câncer, sexualidade/gravidez na adolescência, drogas

⁴ A pesquisa foi realizada através da aplicação de questionário de perguntas abertas e fechadas junto aos moradores das adjacências da AMORB, com um total aproximado de quatrocentos moradores, em novembro de 2012.

licitas e ilícitas, alimentação, entre outros.

Pelo exposto, se justifica meu interesse em divulgar e dar maior visibilidade aos Programas da Rádio AMORB-FM, uma importante “ferramenta” de promoção de saúde.

Os Programas *Saúde na Comunidade* e *Quartas Intenções*

O programa *Saúde na Comunidade* está no ar desde abril de 2009 e é executado por um grupo de profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) Rubem Berta e dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Ele é realizado, desde o seu princípio, sob a coordenação de uma médica da UBS Rubem Berta (PEKELMAN et al., 2009).

Este programa, que é veiculado semanalmente às quintas-feiras, das 10h às 11h⁵, a partir de transmissão ao vivo, é estruturado a partir do planejamento antecipado de pautas. Seu objetivo principal é produzir uma programação educativa, isto é, não essencialmente jornalística ou meramente cultural, pois busca levar informações sobre saúde, que dificilmente chegam através das mídias comerciais massivas, à população do bairro Rubem Berta. São temas de relevância para esta comunidade, sem o compromisso de venda da última novidade tecnológica, como se vê em programas que comumente tratam sobre saúde em emissoras comerciais.

Talvez se considere que o compromisso de uma rádio comunitária é, em primeiro lugar, com a própria comunidade, na construção de suas identidades e características culturais (PEKELMANN et al., 2009). Os temas pautados em cada edição semanal são debatidos com enfoque na promoção, na educação e na prevenção em saúde.

Promover saúde é educar para a autonomia, como ensinado por Paulo Freire (2002), é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais. A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária, que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas, e atua no fortalecimento da ação comunitária, compartilhando saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias que têm se mostrado eficazes na abordagem dos problemas de saúde. É mobilização que se posiciona a favor da vida e se conecta aos movimentos globais a favor do desenvolvimento humano. (BRASIL, 2002).

A *Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde* foi realizada em Ottawa (Canadá), em 1986. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, e a partir daí foi elaborada a Carta de Ottawa, que define promoção de saúde como:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente [...]. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global [...]. (OMS, 1986, p.1)

A ideia central do Programa é apresentar e discutir temas de saúde, em seu conceito ampliado, que sejam relevantes à realidade sócio-sanitária local.

A cada semana, o roteiro é construído coletivamente, contando com uma variedade de elementos tanto no formato quanto na estrutura do mesmo: entrevistas com convidados, bate-papo entre os apresentadores, momentos para responder dúvidas dos ouvintes, dicas de saúde, momentos

5 Nos anos de 2011 e 2012, ele ocorria nas quartas-feiras, no mesmo horário.

culturais e musicais. Os programas semanais e a definição das temáticas são organizados mensalmente.

Segundo Pekelman et al. (2009, p.6), os principais objetivos do Programa são:

- Informar a comunidade do bairro Rubem Berta e adjacências sobre temas relevantes para a prevenção de agravos e promoção da saúde;
- Promover o SUS e suas diretrizes;
- Contar com a participação da comunidade na proposição e execução dos programas;
- Discutir as questões clínico-sanitárias relevantes para a região;
- Criar um espaço para desenvolver habilidades na área de educação popular e comunicação em saúde na Residência de Saúde da Família e Comunidade/GHC;
- Apresentar o projeto da rádio nas Unidades de Saúde (US) do GHC, refletindo sobre como essas US trabalham os temas “Comunicação em Saúde” e “Tecnologias de Informação em Saúde”;
- Dar oportunidade à difusão de ideias, de culturas, tradições e hábitos sociais da comunidade na saúde.

São esses os objetivos que vêm orientando a estrutura do *Saúde na Comunidade*. Em relação aos temas discutidos, a principal preocupação é que eles estejam ligados com as problemáticas reais da população. Alguns dos temas abordados no programa, ao longo do tempo, foram: conceito de saúde; princípios do SUS; tuberculose; dengue; planejamento familiar; asma; os conselhos de saúde como instrumentos de controle social; espiritualidade e saúde; hipertensão arterial sistêmica; plantas medicinais; alimentação saudável; sexualidade; saúde da população negra, entre outros (PEKELMAN et al., 2009, p. 6).

Além da participação da médica da unidade de saúde do bairro, que coordena o programa *Saúde na Comunidade*, há a colaboração de residentes do GHC e de outros trabalhadores da Unidade, que auxiliam muito na falta de algum convidado. Quando isto ocorre, altera-se a pauta do dia e transforma-se o tema para que se preencha a lacuna com um assunto não menos interessante. Dentre os trabalhadores da unidade, há uma profissional que comparece com maior frequência e que, com sua habilidade em falar e seu conhecimento técnico, muito contribui: a nutricionista. Neste sentido, fica evidente que é a participação e a colaboração de todos que faz a diferença.

Normalmente, o programa tem três blocos, divididos por um intervalo de aproximadamente 3 minutos, construído como um espaço para expressão musical. No primeiro bloco é apresentado o momento cultural, com a declamação de uma poesia que tenha alguma relação com o tema do dia. Depois, são apresentados os participantes e convidado(s) e o tema para os ouvintes e, após estes dois blocos, se iniciam os debates e discussões a respeito do mesmo. Nos blocos que seguem, o tema principal é sempre retomado, com o convite para que a comunidade participe e faça perguntas ou comentários, através do telefone da Rádio. Em cada bloco, se busca incentivar os ouvintes a dar a sua opinião, trazer novas questões sobre o tema, apresentar as realidades do local, colaborar com o enriquecimento do programa e participar por telefone ou pessoalmente da programação. Os programas são gravados e disponibilizados em outros momentos pela rádio e pela internet em um blog criado para maior aproximação dos ouvintes com os temas⁶.

Neste programa, comecei colaborando na definição das pautas e na preparação do tema a ser

6 O Blog do Programa *Saúde na Comunidade* é: www.programasaudenacomunidade.blogspot.com.br

debatido. Inicialmente, durante o *Saúde na Comunidade*, “entrava muda e saía calada” devido ao nervosismo, mas com o passar do tempo fui me desinibindo e passei a ler os poemas de abertura e, posteriormente, debater com os convidados.

Já em outra oportunidade, durante meu estágio curricular obrigatório com foco em promoção da saúde, realizado de março a julho de 2013, no Chalé da Cultura do GHC⁷, tive a oportunidade de participar também do *Programa Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários*, que ocorre semanalmente, às terças-feiras, das 13h às 16h, tendo entrado no ar em maio de 2010. Este programa também faz parte do Projeto de Extensão *Nas Ondas do Rádio* já referido, e tem um formato diferenciado do programa *Saúde na Comunidade*, já que os participantes e os apresentadores são usuários de serviços de atenção psicossocial. Nele, a temática fundamental é a saúde mental e seu objetivo é promover a inclusão social e a inserção comunitária dos próprios usuários.

Durante o programa, os participantes debatem sobre diversos temas de sua escolha, tocam instrumentos musicais e cantam, sem que exista um roteiro prévio. É notável a potência que existe no Programa *Quartas Intenções*, quando os usuários explanam suas ideias sobre a vida e sobre as condições de tratamento dentro dos serviços disponíveis através do SUS. A possibilidade de expressão destes usuários fortalece um poder de comunicação que se expande para outros lugares, inclusive reverberando em seus próprios tratamentos: passam a ser mais responsáveis por si mesmos, assumindo o cuidado antes exercido somente pelos profissionais/trabalhadores dos serviços de saúde.

O Programa *Quartas Intenções* é aberto para a comunidade em geral e para trabalhadores e usuários de saúde que tenham interesse em participar e expressar suas opiniões sobre variados assuntos escolhidos coletivamente pelos participantes do Programa a cada semana. Seus temas são extremamente atuais e diferenciados, como: Copa do Mundo, reforma psiquiátrica, amor, espiritualidade, dia dos namorados, dia das mães, medo, etc. A cada edição do *Quartas Intenções*, o tema principal é debatido em três blocos separados por músicas. Os programas recebem, normalmente, músicos de diferentes estilos.

Para a execução dos programas *Saúde na Comunidade* e *Quartas Intenções* são necessárias, além da aparelhagem técnica disponibilizada pela AMORB-FM, outras ferramentas, tais como: reuniões semanais de preparação de pautas e organização dos programas; a busca da opinião popular em relação aos principais interesses no que diz respeito aos temas de saúde; a preparação da aparelhagem de som para que os programas sejam colocados no ar; a apresentação e a coordenação dos programas.

Conforme mencionado por Oliveira Neto e Pinheiro (2013), a reprodução do linguajar técnico hegemônico em saúde pelos médicos é uma constante, entretanto quando vão falar em um ambiente de rádio comunitária são impulsionados a utilizar uma linguagem menos técnica e formal, e passar a usar termos mais populares que sejam de fácil compreensão aos ouvintes. Por isso, apesar do Programa *Saúde na Comunidade* ser executado por uma médica e ter convidados especializados na área da saúde, busca-se, através do diálogo informal, em forma de roda de conversa, levar à comunidade local informações compreensíveis sobre saúde que possam contribuir com a promoção e a prevenção em saúde. E este esforço é notável por parte da “âncora” do programa e dos convidados, o que muito me animou para dele participar.

Minhas Vivências e Confidências durante o Projeto de Extensão *Nas Ondas do*

7 O Chalé da Cultura faz parte do Núcleo Operativo Cultural do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e está localizado no pátio interno do Hospital Nossa Senhora Conceição. Foi inaugurado em 22 de março de 2010 e oferece várias atividades culturais gratuitas a usuários do Hospital e comunidade em geral.

Rádio

Um homem que tem algo a dizer e não encontra ouvintes, está em má situação. Mas pior ainda estão os ouvintes, que não encontram quem tenha algo a dizer-lhes. (BRECHT, 1973, p.6)

Tenho 50 e poucos anos e sou graduanda do último semestre do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Este curso me oportunizou várias experiências na área da saúde, com a qual nunca havia tido contato profissionalmente, a não ser quando frequentei dois anos do curso de Serviço Social, abandonado por motivos financeiros. No decorrer do Bacharelado em Saúde Coletiva, tive oportunidade de participar de diferentes atividades e projetos que foram muito importantes na minha formação, como o Projeto PET Conexões de Saberes⁸, o Projeto VER-SUS Brasil⁹, o 10º Congresso Abrasco¹⁰, entre outros. Além destes, foi o Projeto *Nas Ondas do Rádio*, objeto desse relato de experiência, que me permitiu vivenciar o bairro Rubem Berta como uma profissional de saúde em formação, para além de uma moradora da própria comunidade.

A experiência de atuar em um espaço pouco valorizado nas ações de saúde (aquele da promoção) obriga os participantes dos programas *Saúde na Comunidade* e *Quartas Intenções* a refletirem sobre a importância de um projeto como este¹¹, que está permitindo a integração entre a Universidade (acadêmicos e docentes), os serviços de saúde (e seus trabalhadores) e a comunidade do bairro Rubem Berta.

Minha trajetória no Projeto *Nas Ondas do Rádio: Comunicação em Saúde na Rádio AMORB/FM*, se deu no período de maio de 2011 a dezembro de 2012 e foi de grande valia na minha formação acadêmica, pois propiciou o meu contato com a Comunicação em Saúde como possibilidade para o exercício de ações de Promoção da Saúde.

Quando recebi o convite para participar deste Projeto, fiquei apreensiva, pois sempre tive dificuldades de me comunicar em público, ainda mais sabendo que teria muitas pessoas ouvindo o que eu falasse na Rádio. Vencidos os medos e os receios iniciais, tive nesse projeto uma das melhores experiências de minha formação.

Vivenciei muitas experiências novas e importantes durante os programas e acompanhei entrevistas dos convidados em rodas de conversa que tratavam de assuntos como tabagismo, voz e ruído, hanseníase, conselhos de saúde, vigilância sanitária, saúde mental, gripe Influenza, conferências de saúde, saúde bucal, doação de órgãos, descriminalização das drogas, desenvolvimento infantil, transexualidade, diabetes, hipertensão arterial, saúde da mulher, saúde do idoso, entre outros.

Ainda lembro, e ao recordar alegro-me, o que vi e senti nos primeiros dias de participação nos programas da Rádio, principalmente no *Programa Quartas Intenções*, que é muito divertido, e os participantes conversam informalmente e são os protagonistas dentro do programa, o que reforça sua autoestima e confiança.

A partir do projeto, as equipes que atuam nos dois programas têm buscado ampliar a sua

8 Programa de Educação Tutorial – Cenários de Prática e de Estágios Curriculares Noturnos, desenvolvido por um grupo de estudantes dos cursos de Odontologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Psicologia e coordenado por uma tutora, Prof. Dra. Izabella Barison Matos. É orientado pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e tem por objetivo desenvolver atividades acadêmicas de natureza coletiva e interdisciplinar.

9 Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde, do qual participei em 2012, em Porto Alegre/RS.

10 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre/RS, no ano de 2012.

11 O Projeto de Extensão Nas Ondas do Rádio tem buscado a construção de um espaço de prática da comunicação em saúde diferenciado, em que discentes, trabalhadores, docentes e comunidade participam ativamente na produção e realização dos programas citados, de tal forma que, ao desenvolver tais atividades, produzam novos conhecimentos, em inter-relação com a área da saúde, possibilitando a interação dos diferentes atores na busca da superação de uma situação de vulnerabilidade social.

inserção no cotidiano da comunidade do bairro Rubem Berta, através da utilização de blogs e de redes sociais¹² para difundir as experiências e apresentar as atividades desenvolvidas, assim como disponibilizar as gravações dos programas, com espaços para sugestões, comentários e participação da comunidade.

Penso, entretanto, que é necessário um maior conhecimento do público ouvinte, divulgar mais os programas e estabelecer interações com a população, buscar saber de seus interesses, provocar reflexões nos usuários/ouvintes, ampliar os horizontes, e entender a saúde como uma das dimensões da vida.

Através desses programas, a Rádio AMORB-FM e os profissionais dos serviços de saúde neles envolvidos buscam criar, junto à comunidade ouvinte, contribuições para pensar a saúde, fortalecendo a autonomia e o empoderamento das comunidades.

No programa *Saúde na Comunidade*, o que me deixa bem triste é a baixa ou quase nenhuma participação da comunidade local no programa, que é aberto à visitação e cujo telefone é disponibilizado para perguntas e contribuições, que raramente acontecem. Quando alguém ligava, era muito festejado e todos ficavam na expectativa, mas nestas raras vezes ocorriam problemas técnicos e não conseguíamos ouvir ou a ligação era relacionada à Associação de Moradores que funciona no mesmo local da Rádio. Eu, quando não podia ir ao programa, ligava de casa fazendo perguntas aos convidados, na tentativa de estimular outros ouvintes a participarem.

Porém, também vivemos, eu e os demais participantes, momentos de alegria, quando em uma ocasião uma ouvinte ligou e parabenizou pelo programa, dizendo que ouvia sempre e que era muito bom, pois tirava dúvidas sobre os problemas de saúde. Ela fez perguntas sobre o assunto em pauta e contribuiu fazendo sugestões. Sua participação transformou nosso dia e comemoramos muito.

Considerações Finais

Nesta minha trajetória como estudante, encontrei pessoas que me estimularam, mas também encontrei algumas que me marcaram negativamente, dizendo coisas como: “Tu faz faculdade só para ver os meninos!” ou “o que esta velha quer estudando nesta idade?”. Isto tudo serviu para aumentar minha determinação. Com relação à experiência na Rádio, não foi diferente. Algumas pessoas diziam: “Para que serve participar de um programa como este?”. No início, eu mesma pensava se realmente tinham relevância os programas realizados para a comunidade. Entretanto, com o decorrer do tempo, comecei a ver a importância de programas que tratam sobre saúde em uma rádio comunitária. Foi uma excelente experiência, pois através deste Projeto de Extensão tive contato com um ambiente que desconhecia, e não tinha ideia do quanto um programa de rádio pode contribuir para a saúde das pessoas, sejam participantes ou ouvintes.

O que me deixa muito triste é a baixa participação da comunidade, demonstrando a necessidade de uma maior divulgação e envolvimento da mesma, pois a rádio comunitária concorre com as mídias comerciais, que predominam como meios de informação e entretenimento. Esta é uma das fragilidades encontradas, pois o fator primordial em uma rádio comunitária é a participação efetiva da comunidade.

Não posso deixar de salientar a obstinação e persistência da coordenadora do *Saúde na Comunidade*, a médica Renata Pekelman, que continua colocando o programa no ar há vários anos, e o quanto as parcerias da universidade, residentes e profissionais da saúde são cruciais para que os programas

12 Blog “Saúde na Comunidade”: www.programasaudenacomunidade.blogspot.com.br; Blog Associação dos Moradores do Bairro Rubem Berta: www.amorbrubemberta.blogspot.com.br; Twitcam “Quartas Intenções”: <http://twitcam.livestream.com/user/quartasintencoes>; Facebook “Quartas Intenções”: www.facebook.com/quartas.intencoes.3

sigam atingindo a comunidade para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

A participação nos programas da Rádio AMORB-FM me fez crescer muito como futura profissional de Saúde Coletiva, que tem por vocação a promoção da saúde e que busca o bem estar dos menos privilegiados. Estes programas proporcionam uma integração entre os envolvidos, são o resultado de um trabalho de equipe com a finalidade de propiciar a produção de saúde através da comunicação, passando informações aos ouvintes e contribuindo para uma melhor convivência social dos que neles atuam.

A principal consequência, para mim, atuando nestes programas, foi a desinibição, fazendo com que eu me sinta mais preparada e segura ao falar em público. Conheci profissionais comprometidos com a saúde da população, usuários e pessoas da comunidade capazes e fortalecidas com a participação nos programas. Jamais os esquecerei. Hoje confio mais no meu potencial para apresentação de trabalhos e toda esta experiência veio a enriquecer meu aprendizado acadêmico e de vida pessoal.

Ao finalizar, quero registrar que acredito na potencialidade que têm os programas da Rádio e o Projeto de Extensão *Nas Ondas do Rádio*, pois durante minha vivência foi notável a contribuição na melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Aproveito, enfim, para compartilhar com os leitores que chegaram até aqui um dos aprendizados que tive com a participação nos programas: a escrita de poemas. Finalizo, então, com dois poemas criados e lidos por mim durante a abertura de um dos programas *Saúde na Comunidade*:

Rádio Comunitária

A Rádio Comunitária,
tem uma missão social,
promover a inclusão
e a saúde da população.
comunicar com liberdade,
respeitando a comunidade.
Com seriedade e alegria,
debatendo temas do dia-a-dia.
Entramos no ar com empolgação,
defendendo os direitos do cidadão.

Poema ao Sanitarista

Educação, promoção,
vigilância ou gestão,
é o que faz o sanitário,
esta é a nossa profissão
Atuamos na saúde,
buscando a qualidade
de vida da população,
com os princípios do SUS,
promovendo a inclusão.
Hospitais, ONGs, entidades federais,
estatais, municipais,
com a Saúde Coletiva,
terão bons profissionais.

Referências

- BRASIL. Lei nº 9.612, de 19 de Fevereiro de 1998. Serviço de Radiodifusão Comunitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF de 20 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19612.htm>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 18 dez 2013.
- BRECHT, B. *Teorías de la Radio*. Barcelona: Península; 1973.
- FÁBRICA DE PENSAMENTOS (Página de comunidade sobre Rap do Facebook). Disponível em: <<https://www.facebook.com/FabricaDePensamentosByLeka>>. Acesso em 29 set. 2013.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 21. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.
- GIRARDI I. M. T.; JACOBUS, R. *Para fazer rádio comunitária com “C” maiúsculo*. Porto Alegre: Revolução de Ideias, 2009.
- OBSERVAPOA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa). Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_bairro=155&hist=1&p_sistema=S>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- OLIVEIRA NETO, A.; PINHEIRO, R. O que a saúde tem a ver com rádio comunitária?: uma análise de uma experiência em Nova Friburgo - RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200024&script=sci_arttext>. Acesso em 21 set. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa*, Genebra: OMS, 1986.
- PEKELMAN, R. et al. Saúde e Cidadania nas ondas do rádio. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN POPULAR EN LAS AMÉRICAS EN EL SIGLO XXI (Valladolid : 2009) *Anais*. Valladolid, Yucatán, 2009.
- PERUZZO, C.M.K. Participação nas rádios comunitárias no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO (21. : Recife, 1998) *Anais*. Recife: 1998.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. *Site Oficial*. Porto Alegre, data. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/default.php>. Acesso em: 24 out. 2013.
- TEIXEIRA, J.A.C. *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes*. Lisboa: Análise Psicológica; 2004.

BIOGRAFIAS DA RUA: ESCUTA DE NARRATIVAS DA RUA DESDE SEUS HABITANTES



Estela Maris Gruske Junges¹
Ricardo Burg Ceccim²

Resumo: Trata-se de um estudo como “caso-de-pensamento”, decorrente de uma escuta de narrativas de moradores de rua (ou pessoas vivendo na rua) e que buscou construir uma biografia para as vidas da rua. Foram realizadas três conversas de aproximadamente trinta e cinco minutos, gravadas em áudio de telefone celular. As conversas começavam com um simples “E aí, me fale de ti”. No decorrer das conversas, três aspectos foram abordados: os medos no viver na rua, as potencialidades da rua para resistir e inventar a vida e os itinerários de composição da sobrevida cotidiana. Os protagonistas são figuras anônimas, apenas devires ou estilos da vida, não personalidades ou categorias sociais. O homem do carrinho é usuário de álcool e habita uma praça na zona norte de Porto Alegre; a mulher vaidosa habita os arredores de um hospital e acaba de parir seu quarto filho; e Sol é prostituta e usuária de crack. As designações de tais devires/estilos são marcadores apenas de nossos encontros: um homem que portava um carrinho de supermercado com suas tralhas, uma mulher que mantém as unhas pintadas e procura pelo acesso ao banho em diversos locais e uma mulher que trabalha sob o sol no ponto de prostituição e me conta que vai à luta, que o sol nasceu para todas. Não há conclusões sobre o viver na rua, pretendeu-se um texto de sensações, narrativas para afetar, como na leitura de uma poesia ou literatura, exposição do pesquisador e narração para leitores.

Palavras-chave: Consultório na rua; População de rua; Clínica da Saúde Coletiva; Saúde mental coletiva; Educação e cultura da saúde.

Introdução

O Consultório na Rua (CR) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), implantado em 2010 por recomendação nacional do Ministério da Saúde, foi designado em seu projeto de criação pela consigna “Pintando Saúde”, tendo em vista constituir uma modalidade de atenção e cuidado de característica extramuros, dirigida a pessoas que estejam vivendo situações e condições de vulnerabilidade social, distanciadas da rede de serviços de saúde ou de suas práticas intersetoriais de proteção (assistência social, educação, lazer, cultura e trabalho, entre outros), e destinada à ação na rua, invertendo a seta de que cabe à população ou às pessoas virem até o serviço de saúde, uma vez que o serviço de saúde pode “pintar na área” e encontrar-se com as pessoas onde elas estão, e construir laços de cuidado e acolhimento. Esta perspectiva é decorrente do princípio ético da equidade no direito à saúde e da

1 Sanitarista, Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e em Administração em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). É Especializanda do Curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde da UFRGS em parceria com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (DAB/MS). E-mail: estelamjunges@gmail.com

2 Sanitarista, Mestre em Educação (UFRGS), Doutor em Psicologia (PUC-SP) e pós-doutor em Antropologia Médica (Universitat Rovira i Virgili - Espanha). Professor de Promoção e Educação da Saúde (Departamento de Assistência e Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem - UFRGS), membro da Comissão de Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU/UFRGS) e membro do Comitê Local de Iniciação Científica (Pró-Reitorias de Pesquisa e de Pós-Graduação - UFRGS). Email: ricardo@ceccim.com.br

diretriz normativa da integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). O território de abrangência do Consultório de Rua Pintando Saúde corresponde à Zona Norte da cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, com especial orientação à subárea designada como Eixo da Av. Baltazar de Oliveira Garcia ou, simplesmente, Eixo da Baltazar.

A Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em pesquisa realizada com dados de dezembro de 2011, apontou que na cidade de Porto Alegre o número de pessoas que habitam ou permanecem na rua de forma permanente, temporária e/ou intermitente, corresponderia a 1.347 pessoas, número provavelmente maior, visto que as pessoas que perambulam pelas ruas se alojam em locais inimagináveis, tornando sua identificação ou contato bastante difícil (FASC, 2011).

Escrever sobre os efeitos da rua para a população que nela habita ou sobre as causas da localização na rua para as pessoas que nela passaram a habitar, especificamente mediante a escuta de narrativas em anonimato, contribuirá para construir visibilidade coletiva, não individual, às pessoas em situação de rua, assim como poderá desmistificar ou desnaturalizar a vida sem história e sem singularidades da produção de subjetividade na rua, além de estimular o arranjo de perguntas sobre proteção da saúde, acesso e acolhimento por políticas, ações e serviços da saúde pública.

Contextos de Rua, Emergência da Clínica e Saúde Mental

As políticas públicas de saúde nunca corresponderam à situação de fragilidade e exposição da população de rua. Na melhor das hipóteses, conhecemos políticas compensatórias ou assistencialistas de caráter caritativo ou social, estando tal população excluída dos direitos essenciais da sobrevivência humana, como o acesso a alimentação e higiene, assim como ao sono e eliminações em condições dignas. Quando esta população “entra” no sistema de saúde pela porta da universalização e equidade, emergem demandas inusitadas: quem são estas pessoas, de que adoecem e sofrem, quais suas necessidades psicossociais e como atendê-las, quais suas necessidades sociais em saúde e como corresponder-lhes? Como chegou e como permanece na rua essa população? Esse saber pode construir subsídios para a implementação de políticas públicas de saúde, produzir informação para a oferta de cuidados singulares e integrados à composição da vida e para fortalecer a subjetividade no enfrentamento das adversidades experimentadas pela violência ou pela dor na vida das ruas.

A representação dessa população como pobre, ignorante, alcoolizada, maloqueira e vagabunda, de um lado esconde sua relação com a exclusão social, mas, de outra, esconde suas relações na e com a cidade, as economias paralelas, as estratégias e os circuitos de sobrevivência desenvolvidos e os maus-tratos do Estado e suas instituições. Há necessidade de construir uma “clínica da saúde coletiva” para a inclusão e desenvolvimento de formas de cuidado e tratamento orientadas pelas especificidades dessa diversificada e negligenciada população. Sem dúvida o sofrimento psicossocial está presente e pressiona pela sobrevida, pela morte em vida ou pelo abandono de qualquer defesa da vida; assim, uma especificidade particular à saúde mental desafiaria os conceitos gerais de proteção psíquica e intervenção em saúde mental coletiva.

O Consultório na Rua

Os Consultórios na Rua surgem de uma experiência realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, no ano de 1999, em que se buscava uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e ao uso de substâncias psicoativas. Com resultados positivos, o primeiro Consultório na Rua foi implantado na cidade de Salvador, no ano de 2004.

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, propôs o Consultório na Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), e também no Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack, em 2010.

Até o segundo semestre de 2011, o foco dos Consultórios na Rua era orientado pelo atendimento em Saúde Mental. Todavia, o sujeito que está em situação de rua requer uma diversidade de ofertas assistenciais próprias à condição de vida na rua e, assim como qualquer cidadão, tem direito à integralidade da atenção. Do limite à saúde mental, os Consultórios na Rua foram absorvidos pela Política Nacional de Atenção Básica, incluída a saúde mental e a assistência psicossocial, de onde uma configuração de cuidado pela saúde mental coletiva e uma clínica da rua se insurgem. Até então designados por Consultórios “de” Rua, foi nesta mudança de coordenação política que os Consultórios passaram à designação “na” Rua. Ficou indicado que os Consultórios na Rua deveriam atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na proteção ativa e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

O Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, foi implantado em 2010, tendo como área de atuação, conforme já citado em nossa introdução, a Zona Norte da cidade de Porto Alegre ou, mais especificamente, o Eixo da Baltazar, sendo sua característica fundamental a oferta de cuidado no próprio espaço da rua.

A equipe de saúde do Pintando Saúde (eCR) é formada por quatro profissionais de nível superior (Assistente Social, Educador Físico, Enfermeira e Terapeuta Ocupacional), dois de nível médio (Técnicos em Enfermagem) e um administrativo, o que o inclui na Modalidade II de Consultório na Rua.

O transporte oficial do Consultório é uma van grafitada com a identificação “Pintando Saúde”, seu nome fantasia. O transporte, além de fazer o traslado da equipe e dos insumos, tem a função de ser um equipamento de referência para os usuários.

Narrativas de Vida

A importância de conhecer a rua desde sua vivência/experimentação ultrapassa a relevância da utilização de instrumentos de coleta e categorização de dados, distingue-se do método científico para o método literário ou para o *laboratório de poeta*. Se o que está em causa é a alteridade, não as representações, então não se trata de “coletar dados”, mas “sofrer dados”; não falar “do outro”, representá-lo, definir-lhe um perfil identitário, mas falar “com o outro”, “desde o outro”, apresentar um devir.

Podemos refletir que um enfoque biográfico-narrativo não é novidade na pesquisa, é uma modalidade de investigação que permite qualificar o conhecimento sobre experiências vividas, mas o modelo biográfico-narrativo, como apresentado por Bolívar (2002), contempla duas formas de conhecimento: o paradigmático ou lógico-científico e o narrativo ou literário-histórico. Um é “lógico”, outro é “literário”. O primeiro com característica de estudo científico, representativo e racional, e o segundo com característica de saber popular, sugestivo e sensorial. Segundo Sánchez, García e Villajos, a narrativa biográfica almeja uma teoria que é um corpo conceitual genuíno. A investigação qualitativa, neste caso, resgataria o genuinamente humano dos fenômenos, os distintos significados, significações, motivações, percepções, intenções. O método biográfico, conforme sistematiza Pujadas (1992), pode conter três tipos de narrativas diferentes: os “relatos de vida”, biografias tal como são contadas pelos narradores; “histórias de vida”, reconstruções biográficas através de relatos e outras fontes complementares; e “biogramas”, registros biográficos de um amplo número de biografias pessoais.

Nas narrativas autobiográficas anônimas, o narrador constrói “personagens”, como “heróis” em um conto com histórias de vida (PIÑA, 1989). O narrador, nesse sentido, pode se utilizar de amplas fontes de dados narrativos e grande diversidade de instrumentos ou estratégias de encontro com os dados de que precisa: notas de campo, diários, transcrição de conversas, observações, relatos, cartas, escritos autobiográficos e biográficos, cadernos de anotações dos sujeitos da implicação, outros documentos disponibilizados pelos “personagens”, fotografias, planejamentos ou memoriais do local de ligação, como o Consultório na Rua.

Uma razão relevante para o uso da biografia narrativa em saúde coletiva é o mesmo apontado por Connelly e Clandinin (1995, p. 45) para a educação: “os seres humanos somos organismos contadores de histórias, organismos que, individual e socialmente, vivemos vidas relatadas”.

Em narrativas anônimas, buscando os medos, os itinerários e as potências, não se traça apenas um percurso (o biograma), se enuncia motivações, sofrimentos e conquistas; despontam dificuldades, aprendizados e processos de singularização. Não se trata de explicar, justificar ou identificar, mas evocar, enunciar possíveis, convocar afetos.

Uma Clínica da Saúde Coletiva e a Saúde Mental Coletiva

A crítica ao mundo das formas verdadeiras, aos supostos estilos certos de viver, às supostas condições sadias de tocar a vida ou aos supostos modos justos de existência constitui “exercício de pensamento”, instauração da dúvida sobre verdades e supostos, emergência de inusitados e linhas de força inquietantes. A relação que indivíduos, grupos ou coletivos estabelecem com as verdades e as suposições é que define modos de existência e estilos de vida.

Em termos simples, a vida da/na rua aqui tratada é notícia de modos de existência/estilos de vida *outros*. Diferente de histórias de vida, as narrativas sugestivas e sensoriais “escutadas” podem dizer de estilos de vida contra as verdades, onde forças de vida estão presentes, lutando por constituir modos de existência. A partir dessa ideia, o Consultório na Rua pode ensaiar outra clínica e a saúde mental coletiva pode experimentar outras tarefas de composição/recomposição da alegria que justifiquem reduzir danos, beber menos, fumar menos, abandonar a pedra.

Para Deleuze, trabalhando com a obra de Foucault, a vida é como obra de arte e são estilos de vida que nos constituem de um jeito ou de outro. Um estilo de vida não é algo pessoal, mas a invenção de uma possibilidade de vida, de um modo de existência (DELEUZE, 1992).

Conforme Deleuze, o devir é a grande força contra as verdades instituídas, o poderoso inimigo, capaz de resistir e criar novidade, impor disrupturas. É através dessa força – e pensamos em um devir da rua – que surge a possibilidade de novas estéticas da existência, ou seja, a criação de maneiras mais autônomas de indivíduos, grupos ou coletivos constituírem a vida.

Imersão e Encharcamento na Rua

Foi realizada a escuta intensiva (por sensibilidade) de narrativas da rua, todas anônimas, colhidas segundo a mesma ordem do contato cuidador proporcionado pelo Consultório na Rua Pintando Saúde. Um efeito de imersão no campo e encharcamento foi sentido pela pesquisadora, numa espécie de escuta atenta e aberta, capaz de apenas “deixar vir”. A escuta da rua não foi representativa, nem exemplar, tampouco distribuição de quantidades, frequências ou categorias. Trago o relato “embriagado” daquele que escutou. Foi necessário para a realização do estudo, entretanto, a ampla identificação com o Consultório na Rua do GHC.

Chamando de escuta às biografias da rua, o contato com a rua e suas narrativas não teve o estatuto de história oral, histórias de vida ou qualquer categorização, a grande experiência ocorreu

com o pesquisador, ouvinte sensível, deixando-se impregnar pelos relatos, compartilhados com a equipe de saúde em vínculo de confiança pelo modelo tecnoassistencial do consultório na rua. O produto narrativo final é literário, não científico. É uma narrativa de poeta, teatrólogo ou músico que vivenciou a rua em escuta de histórias verdadeiras ou falsas, produtoras de afetos sensíveis.

Para a validade e confiança, o recurso à “triangulação” sistemática dos dados e métodos com a equipe de trabalhadores do Consultório na Rua do GHC, atores de implicação e principais destinatários do aprendizado.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo caso-de-pensamento, não é o relato de um caso para conhecer, mas um caso para pensar. Um pensamento artista, não racionalista, embasado na escuta/diálogo sensível, sem categorias, somas, prevalências ou identidades. Linhas de vida, costuradas entre quaisquer vivências, em comum apenas a rua. As biografias foram livres: me fala de você, quanto tempo já faz que habitas por aqui, o que te traz medo, quais suas vontades, como inventas seu “cada dia”?

A narrativa literária que foi realizada relata vivências de sentimento daqueles que se escutou. No meio da conversa, “estadas” nas comunicações sobre medos, itinerários e potências (de resistência e criação). Esse estudo não representa a população em situação de rua, nem qualquer totalização, retrata a relação daquele que escutou com histórias ouvidas de maneira anônima, exceto pela indicação proveniente dos cuidadores do consultório de rua. Não houve a pretensão de fazer nenhuma recomendação, nem de encontrar nenhuma certeza. Não houve uma pergunta base para o trabalho a ser respondida. A pergunta era um caso de pensamento, se pretendeu estimular novos arranjos de questionamentos. Não houve nenhuma conclusão, apenas a emissão de um cenário onde singulares atores sociais constituem vidas. Dessa forma, o trabalho pode não ser considerado uma pesquisa científica, mas um estudo literário, pretendendo a emissão de pensamentos e de afetos.

Ambiente Vivo

A Rua se configura por ser um ambiente mutável, flexível, dinâmico e vivo. É nesse espaço que as narrativas foram construídas. As praças, carcaças (prédios e/ou casas abandonados), sinaleiras, matos, calçadas, viadutos, pontes, canos, entre outros, foram os possíveis cenários para o desenvolvimento dos diálogos. A área delimitada corresponde à área de atuação do Pintando Saúde.

Partiu-se do mínimo, como assinalam Sánchez, García e Villajos, para a investigação biográfico-narrativa. Inclusão de quatro elementos: um narrador que nos conta suas experiências de vida, um intérprete ou investigador, que colabora e “lê” os relatos para elaborar um “informe”, textos que organizam o narrado e o escutado, e leitores. Para os autores, “trabalhar com material narrativo requer a escuta dialógica de três vozes: a do narrador; o marco teórico que provê os conceitos e instrumentos para a interpretação e a reflexão de extrair conclusões do material”.

Escutando Narrativas

A equipe do Consultório indicou as pessoas em situação de rua com as quais se propôs e se realizou o diálogo/escuta sensível, sempre tendo como lócus a rua. As conversas foram realizadas em um único encontro com cada interlocutor, sem tempo limite máximo ou mínimo para a interação. O tempo de duração foi tão curto ou tão longo quanto a vontade de falar e de ouvir, medido pelo contato em ato com a alteridade, não havia nada a esgotar e nem nada específico a explorar. A “sensação” de que já está dito ou agora devemos interromper poderia vir de qualquer das partes e um novo contato poderia ser proposto por qualquer das partes.

Para Sánchez, García e Villajos (2013), a estrutura narrativa faz com que o experiencial (singular ou único) possa ser compreendido pelo outro (o investigador), que não possui o mesmo registro simbólico. Em uma estética do relato ou do jogo teatral, o convite para contar a própria vida ou parte dela desencadeia no indivíduo um padrão linguístico concreto, aprendido desde a infância. Entram em operação processos de memória e rememoração, pois as coisas que captamos sofrem uma modificação no momento de retroceder à memória, no processo mesmo de sua armazenagem, porém também no momento de reproduzi-las como recordações, assim como processos de socialização, mediante os quais o indivíduo segue sempre incorporando novo conhecimento ordinário com o qual interpreta o mundo.

O roteiro para a conversa foi aberto, foi como na entrevista clínica: me fala de você, quanto tempo já faz que habita por aqui, o que te traz medo, quais suas vontades e como inventas seu “cada dia”? Queria perscrutar três aspectos biográficos: medos, itinerários e potencialidades. Não se teve o objetivo de conversar sobre a trajetória de vida dos sujeitos, embora não fossem vetadas narrativas em que isso ocorria, na medida em que eram exercícios da comunicação. O registro foi feito ao longo de cada conversa, usando o gravador no bolso, mediante concordância do contador. A ideia foi de dialogar sobre a rua, não havendo, nesta etapa, o recorte por gênero ou raça ou inserção produtiva. Onde um pega comida, muitos pegam; os motivos pelos quais um passa fome, muitos os experimentam; a mobilidade entre bancos de praça, canos e tetos de marquises é registrada por muitos daqueles que perambulam pelas ruas; os xingamentos e caras feias se repetem para muitos...

Aspectos Éticos

O trabalho não apresenta riscos à população em situação de rua; pelo contrário, tende a dar mais guarida a tal grupo, assim como estimular novos questionamentos e pensamentos em seu acolhimento por práticas cuidadoras em saúde. Não se tratou de um trabalho de pesquisa aplicado sobre outrem. O método literário funciona com um laboratório de poeta (ou o laboratório de sensibilidade do ator), que tem como objeto de estudo as próprias sensações. A escuta de biografias foi absolutamente anônima, sem o sentido de trajetórias de vida ou coleta de autobiografias individuais. O produto textual foi organizado com respeito ao usuário do Consultório na Rua e com sigilo de seu nome/apelido e características que o identifiquem. Os relatos passarão como anônimos e transversais.

A Resolução CNS 196/96, item II. 2, considera pesquisa envolvendo seres humanos, as investigações realizadas em qualquer área do conhecimento e que, de modo direto ou indireto, envolvam indivíduos ou coletividades, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações e materiais. Esse estudo, como regulam as normativas de ética em pesquisa, foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a responsabilidade de seu orientador, pesquisador da área da Educação, obtendo recomendação no escopo das ciências humanas, em um projeto com duas estratégias: narrativas da rua e modelo tecnoassistencial de consultórios na rua, estando uma estratégia absorvida pelo presente estudo e a outra pelo estudo complementar de um colega de curso, ambos com o mesmo orientador e em campo no mesmo período, no mesmo consultório. O plano de estudos aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi cadastrado com o número 21560, com prazo entre 15/02/2013 a 30/10/2014.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi o documento por meio do qual os participantes do Consultório na Rua manifestaram seu conhecimento de todas as características do estudo e a expressão de sua intenção voluntária em participar ou não do mesmo.

Conversas Dando Vida à Rua

Em uma entrevista há aquele que pergunta e aquele que responde, são lugares definidos: o entrevistador, o entrevistado. Inicia pela determinação de quem irá ocupar cada uma dessas funções. Em contrapartida, em uma conversa, se estabelece uma interação entre duas pessoas, em que as duas fazem perguntas, as duas podem responder, as duas podem falar, as duas podem expressar todas as manifestações do corpo. Tendo minhas três perguntas abertas, busquei meus interlocutores para uma conversa: podemos conversar?

Quais os medos que a rua exerce sobre as pessoas que aí vivem e dormem? Como essas pessoas percorrem o seu dia para suprir necessidades básicas, de sobrevivência e saúde, de alimentação e renda, de educação e cultura? Quais as potencialidades da rua, da vida na rua, da construção de si e de coletivos? Perguntas para uma conversa, uma troca, em que as impressões causavam marcas invisíveis no corpo da pesquisadora. Essa foi a perspectiva da conversação estabelecida com moradores em seu lugar de estar, não sendo possível afirmar quem são as pessoas que habitam calçadas, áreas desocupadas, vãos e passagens ou tantos outros espaços, visíveis ou insuspeitos, da rua. Onde, na rua, habitam seus moradores? Há quanto tempo eles estão onde estão? Como é viver numa “casa muito engraçada”, que não tem teto, não tem nada; não se pode dormir na rede porque não tem paredes; ninguém pode entrar porque não tem chão; mas que é erguida com muito esmero, na rua dos bobos, número zero.

Encontro com os Habitantes da Rua

As conversas foram realizadas no mesmo espaço em que as pessoas buscadas estavam, contabilizando-se três conversas em lugares diferentes. Foi dedicado um turno inteiro do dia para que correspondesse da apresentação à despedida dos interlocutores. Cada conversa era livre e gravada em áudio de celular, duraram aproximadamente 35 minutos cada uma.

Encontro 1

A primeira conversa foi realizada na Praça México. O deslocamento foi de Kombi, com a equipe do Pintando Saúde. Ao caminhar pela praça, foi possível perceber que só havia presença masculina, homens sentados na grama. Alguns dormem, outros conversam uns com os outros, em roda, com a presença de garrafas de bebida. Após trocar algumas palavras com aqueles que ali habitavam, encontrei um rapaz dormindo ao lado de um carrinho de supermercado. Ele foi acordado por outro homem que ali compartilhava daquela morada. Começamos a conversar sobre o carrinho com muito humor: “Fui ao supermercado fazer compras, lá não tinha nada, então, trouxe o carrinho vazio”, disse o homem, me fazendo rir. Fomos até a Kombi buscar um pão de queijo e um suco. No percurso, expliquei sobre o trabalho e logo ele topou fazer a conversa. Sentamos “nas grammas” e começamos a conversar: “E aí, me fale de ti”...

Encontro 2

A segunda conversa foi realizada no Centro de Apoio Psicossocial para atenção aos problemas relacionados com o consumo prejudicial de álcool e outras drogas do Grupo Hospitalar Conceição. O primeiro contato foi pelo telefone, em que a técnica de referência do Consultório na Rua conta um pouco do trabalho a ser realizado e questiona a possibilidade de me receber. Com a resposta positiva, desloco-me para lá de Kombi com a equipe do Consultório. Encontro uma moça no pátio do CAPS com outros companheiros, me apresento e converso sobre o trabalho. Ela sorri e se diz feliz por eu querer conversar com ela. Espero duas horas a autorização da técnica de referência do CAPS (que estava realizando atendimento) e vou ao encontro, no pátio, com “a moça vaidosa”...

Encontro 3

A equipe do Consultório na Rua indica para a terceira conversa uma mulher que trabalha no Porto Seco com prostituição. Desloco-me para a sede do Consultório com localização física nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial para atenção à Infância e Adolescência. A mulher, que aqui chamarei de Sol, tinha consulta de saúde agendada pelo Consultório naquela tarde ensolarada de quinta-feira. A técnica de referência chega à sede do Consultório com Sol. Apresento-me, falo do trabalho, e decidimos almoçar primeiro, antes de iniciarmos a conversa gravada. Após o almoço, pegamos duas cadeiras, fomos sentar na grama do pátio do Consultório, começamos a conversar...

Conhecendo o Homem do Carrinho, a Mulher Vaidosa e a Sol

As impressões que a rua transmite a nós são diferentes para cada pessoa e em cada lugar. Os habitantes na rua são como nômades para habitar e para o mover-se regulado nas horas do dia; eles vão aonde tem comida, aonde tem água, aonde tem segurança, aonde tem trabalho, aonde tem marquise que os proteja da chuva; se fixam por um determinado tempo, movem-se por necessidade e na busca das melhores condições de vida, movem-se pela vida objetiva de cada dia. Suas opiniões e as marcas invisíveis que a rua deixa em seus corpos são singulares a cada habitante, pois seus caminhos foram diferentes: aonde foram suas moradas pelas ruas, suas vivências, seus sentimentos, suas emoções, suas histórias? Isso reflete na sua maneira de viver a vida.

O Homem do Carrinho

O “homem do carrinho” tem 34 anos de idade e está em situação de rua há sete anos. É cabeleireiro e corta os cabelos daqueles que têm a Praça México como morada. Relata que há um agrupamento de habitantes por interesses, no caso da praça só usuários de álcool, cigarro e maconha. Usuários de outras drogas tendem a ficar em lugares com menor exposição a outras pessoas. Sonha em morar numa casa, com uma mulher sincera, com idade em torno dos 45 anos, com um cachorro e filhos.

A Mulher Vaidosa

A “mulher vaidosa” tem 31 anos de idade e está há um ano na rua, nos arredores do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Antes vivia numa casinha de madeira em uma vila da Zona Norte. É usuária de crack e outras drogas e está em tratamento no CAPS AD III. Teve leishmaniose e recebe auxílio doença da Previdência Social. Adora pintar as unhas das mãos, cada dia com uma cor diferente (material encontrado na rua). “Eu como sempre fui mesmo vaidosa”. Sonha em mudar de vida e em poder criar e ficar e com o filho que acabara de nascer.

A Sol

A “sol” tem 28 anos de idade e está na rua há cinco anos. Trabalhava com prostituição na rua, onde o ato sexual ocorre no mato ou dentro dos carros e veículos que circulam pelo Porto Seco. É usuária de crack e está em tratamento na casa da mãe, na Vila Dique. Fazia vinte programas e usava quarenta pedras de crack por dia. Sonha em ter um amor, desde que não seja da faixa (local do ponto de prostituição).

“Eu Perdi o Meu Medo, o Meu Medo, o Meu Medo da Chuva...”

O medo é um sentimento inerente a todo ser humano, é uma espécie de perturbação que parte do sentimento de estar exposto a alguma situação de perigo. O coração acelera, as pupilas dilatam, os lábios ressecam, o corpo treme. Os medos são relacionados aos lugares frequentados, ao tempo de exposição, às vivências, aos traumas e à personalidade de cada um. Quais os medos que a rua exerce sobre nós? Ela exerce com a mesma intensidade para todos? Será que o medo que eu sinto é o mesmo que tu sentes? Quais medos compartilhamos?

O Homem do Carrinho diz que a rua o faz sentir todos os medos! No desenrolar da conversa, ele comenta sobre o que mais sente medo:

Eu tenho medo é da chuva. A chuva pra mim, ela é o mais perigoso que pode existir. Porque através da chuva, tu da chuva vem um monte de consequências e uma das consequências é a gripe, a tuberculose. Eu tenho medo só da chuva, porque no restante, o frio a gente tira de letra.

Quando chove e o camarada que está na rua não está abrigado, não há nada que possa fazer a não ser se molhar. Não é aproveitar a chuva, como alguém que logo chegará em “casa”, com chuveiro quente e roupas secas e limpas. Não é um dançar na chuva! Quando se está molhado, vem o frio e fica difícil se aquecer. Quando se consegue um abrigo (uma marquise, um prédio abandonado, uma lona ou outra forma de se manter coberto), geralmente, ele já está ocupado por outros habitantes. Esse aglomerado de pessoas facilita a transmissão de diversas doenças, principalmente aquelas citadas pelo “homem do carrinho”: a gripe e a tuberculose. Quando ele sente frio, ele corre ou se mantém aquecido pelos papelões encontrados pelas ruas da cidade. Além disso, os três litros de cachaça por dia colaboram para manter o corpo aquecido ou desligado a ponto de não perceber se está frio ou quente.

A “mulher vaidosa”, que acabara de ser mãe do seu quarto filho, diz achar que todo mundo deve sentir algum tipo de medo. Alguns medos são, às vezes, o que há de comum a muitas pessoas.

Eu tinha medo da agressão, de vim um cara me agarrar. Em questão até porque eu tava drogada. (...) A agressão, a violência, o frio. Pra quem passa na rua eu vejo que tem que, tem que tá preparado pra tudo porque a gente não sabe o que vai acontecer.

Manter os cabelos curtos, usar roupas mais largas e não andar sozinha são alguns dos “truques” para se proteger de uma agressão sexual na rua. Essa proteção não é somente utilizada pelas mulheres, mas por aqueles que não têm um porte físico avantajado, que sejam mais afeminados ou que os outros habitantes saibam que não são heterossexuais. Não andar sozinho é uma forma se proteger, de dividir comida, água, coberta e droga, de compartilhar abraços, carinhos e ideias.

A jovem Sol durante a conversa fala sobre os dois medos: causados pelas relações interpessoais e pelo próprio local:

Eu tinha medo, tipo, de tá aqui junto contigo e tu dever alguma coisa. Porque eu não devia pra ninguém. Eu não pegava nada fiado, eu não roubava, mas, eu tinha medo que tu fizesse isso antes de tá ali comigo. (...). Então, eu tinha medo de, tipo, tu dever e eu pagar pelo teu crime com a minha vida. Porque se tu tá junto, tu morre junto. Meu maior medo era o de morrer.

Bah, tinha medo de cobra, tinha pânico de cobra. Eu sentia cheiro de cobra. Eu vi uma cobra, muito grande, muito feia. E eu não tava chapada.

O mato era o local de trabalho, de uso da droga, de dormir, de se abrigar da chuva, de se alimentar (quando isso acontecia), de se reunir com as outras gurias, de se “abastecer” para a venda de drogas, de urinar e de defecar. Ter medo de “pagar” com a própria vida a dívida de outrem só

reforça o quanto os atos individuais causam efeitos na vida do outro. Já ter medo de cobra mostra o quanto o ambiente e a ambiência também deixam suas marcas nas pessoas.

Há quem tenha medo da chuva por causa das trovoadas e há os que têm por ficarem molhados; há quem tenha medo de sofrer alguma violência corporal e há quem muda seu comportamento e sua vestimenta por causa do medo; há quem tenha medo de cobra e há os que têm fobia a baratas e aranhas. O medo faz parte da vida das pessoas e cada um se relaciona de uma maneira com esse sentimento. O medo é uma afirmação de que há luta pela sobrevivência, pela vida.

A música “Medo da chuva”, de composição de Paulo Coelho e Raul Seixas, foi cantada por mim e pela equipe do Consultório, após a conversa com o homem do carrinho e, por isso, dá título a esse item.

Potencialidades da Rua

O que te faz bem? O que te deixa feliz? O que colabora para deixar o teu dia mais alegre? O que te faz sorrir? O que te deixa contente? O que a rua causa de bom na vida daquele que a habita? O homem do carrinho não falou sobre a arquitetura (praça, calçada, mata), mas das relações interpessoais como potencialidades da rua:

Cumplicidade existe bastante. Simplicidade! Mais ainda. E amizades, entre aspas. Entre aspas. Eu escolho muito as pessoas para andar do meu lado. Porque tu tem que ser cúmplice, tu tem que ser cúmplice da pessoa, mas não de crime, de coisurada, tu tem que ser cúmplice do que acontece no dia a dia da pessoa. Tu tem que ser humilde, humilde, humildade. É. Então, tu tem que ser humilde, o máximo de humilde. O teu limite acaba aqui. Depois, daqui para lá, sou eu.

Dividir o espaço sem romper os limites, saber escutar (prestar atenção para ouvir) e dividir (comida, drogas, ideias) são características de cumplicidade que as pessoas devem ter para o homem do carrinho. Ter simplicidade e humildade, às vezes, também são opções pela rua. Dividir a coberta, o pedaço do pão e o gole da cachaça reforçam os afetos que os habitantes compartilham no dia a dia na praça, na calçada e no mata.

Viver na rua não significa passar fome, frio e sede, embora muitas vezes isso aconteça. Quem habita a rua também se articula, trabalha, sorri, almoça, janta... vive!

Bom, fome a gente não passa na rua. Não passa. (...) Comida, comida... duas horas já tinha um restaurante, que dá sobra do bufê mesmo, já dava a sacolinha e comia bem, guria. Muito bem. Padaria: chegava lá... Ei senhor, sobrou alguma coisa? Era torta fria, era bolo de chocolate, era salgadinho. Às vezes, a pessoa que tá sentada ali, ei tu quer um refri, ah, muito obrigado. O que mais que é bom? Olha não são muitas coisas.

A mulher vaidosa estava grávida em uma boa parte do tempo que ficou na rua. Todavia, para ela o fato de não faltar comida e isso ser um fator bom na rua, não é privilégio de estar grávida ou de ser mulher:

Acho que eles dão pra todo mundo, não? Porque o pai do meu filho conseguia. Ele vinha com coca de dois litro pra mim. Ah, porque não sei, iogurte, então! Meu deus do céu, iogurte, então, iogurte, pão de sanduíche, coisa boa. Eu dizia assim, olha só, tudo bem, vai vim. Quando vê, lá vem o Anderson com uma sacola, eu dizia aonde tu foi? No Nacional? Ir no Nacional, seria como ir às compras, no supermercado.

A mulher vaidosa relatou comer melhor na rua do que quando estava na sua pequena casinha na vila. E, por isso, mencionou a comida como a potencialidade da rua.

Não há lugar e nem hora para se construir uma amizade. Gostar de alguém não significa automaticamente que esse alguém gostará de você. Sentimentos não são escolhas! Fazem parte da subjetividade, da imaterialidade, da invisibilidade das relações. A Sol me traz essa reflexão na sua fala:

As amizades, apesar de tudo! Porque, na rua, tu não tem amigo. Muito raro tu ter um amigo. Tu só tem amigo pelo crack. Mas eu fiz amizades. Elas eu acho que não, mas eu fiz. Eu gosto delas. A gente teve momentos bons fora do crack. Tem que ser fora do crack, se tiver no crack, não tem momento bom. Que daí tu só pensa em ti e esquece dos outros. É a realidade. Acho que só. Não tem mais nada de bom na rua, não.

Cumplicidade, humildade, simplicidade, comida, amizades! Todos os lugares possuem potencialidades e fragilidades, e cada pessoa percebe, encara, sente e vivencia da sua maneira.

Itinerários... O Sol Nasceu pra Todas!

As pessoas percorrem de maneiras diferentes os caminhos que as fazem satisfazer seus desejos e suas necessidades. O corpo biológico se manifesta com necessidades das mais básicas, como comer, beber e dormir. Já os desejos podem deixar de ser desejos e se tornar trabalho (sexo); prazeres podem deixar de ser por lazer e se tornarem dependência/vício (drogas).

A sociedade anseia calçadas limpas e cheirosas, mas como isso é possível com um Estado que não dá condições mínimas de sobrevivência para aqueles que habitam a rua? Como não urinar e defecar nas ruas se não há banheiros públicos o suficiente para todos? Como essas três pessoas driblam as dificuldades e realizam suas atividades?

Comida

Quem habita a rua também se integra numa rede de serviços e contatos pessoais. As pessoas se relacionam, criam vínculo, afetos e isso facilita arrumar comida e suprir outras necessidades e/ou desejos.

O homem do carrinho não passa fome; com o seu carisma e com seu jeito elegante de pedir nas casas ou abordar na praça, conquista receber alimentos com frequência.

Aí existem certos restaurantes que ajudam a gente e têm certas pessoas que... As quartas e os sábados existe uma instituição que nos auxilia. E nas casas. Eu peço nas casas. E na praça tem bebedor.

A mulher vaidosa também pede comida nos restaurantes e a outras pessoas, mas também procura comida nas lixeiras dos supermercados. O “macaquinho” (sacolas penduradas nas árvores, muros e cercas com comida) também é recurso favorável para a alimentação.

E também, guria, a gente mexe no Nacional, não sei se botavam fora eles mesmo, porque tá ali hoje a validade daqui há dois dias. Eles botavam numa lixeira, uma lixeira grande, mas tava tudo separado já. Tudo fechadinho. Fome tu não passa, não digo tu, mas a gente não passa fome. A água também, tinha o apoio. Um senhor, o porteiro, que dava água gelada pra nós.

A mulher vaidosa tinha uma preocupação com a qualidade da comida e por isso pedia comida nos restaurantes e lanchonetes ou procurava alimentos lacrados nas lixeiras dos supermercados. Além disso, toda a comida que conseguia em excesso guardava para a próxima “roncada de estômago” ou para compartilhar com algum companheiro da rua.

A Sol não pedia comida em restaurantes, lanchonetes ou a outras pessoas. Não porque o corpo não quisesse, mas porque não sentia mais fome.

Não comia nada. Aí quando eu acordava o meu café da manhã era o crack. As gurias tavam fumando. A única coisa pra ti reagi, pra te dar força, pra ti buscar mais, era uma pedra de crack. Aí eu fumava. Fumava ela e ia pra faixa. E o crack passa a dor, passa a fome. E já pensava “agora eu vou pra faixa e vou arrumar dinheiro pra mim comer”. Só que era mentira. Como eu já tinha dado aquele pega, aí eu ia pra faixa e arrumava o dinheiro pra mim fumar. E ali ia mais cinco seis dias sem comer. A água a gente pede nas casa. Leva uma garrafa pet e enche.

O homem do carrinho, a mulher vaidosa e a Sol trazem histórias tão diferentes e tão iguais. Fome é fome em qualquer lugar, em qualquer idade e em qualquer época. Como fazer para saciar a fome é o que os distingue. Comer não precisa ser apenas para corresponder ao sistema fisiológico, e sim também ao prazer e ao lazer. Mas e quando não há escolha? É só fome. Apenas se come.

Banheiro

Uma pessoa que não dorme e não acorda na rua já tem dificuldades de acessar um banheiro público. Imagine quem habita a rua de uma forma mais permanente? Como lavar as mãos? Como urinar? Como defecar? Como fazer isso com privacidade? Cada um dos três usa uma estratégia:

Tu vai no mato. Vai no mato defeca ali. Urina ali. Deu uma dor de barriga tu não faz espaço para nada. Tu vai e defeca e urina e já era, meu. Para se limpar tu usa pequenos pedaços de jornal.

A Praça México, em seu entorno, tem pequenos arbustos que são utilizados como banheiros por aqueles que ali residem. Não há demarcação de onde “fazer”, apenas o limite de deixar o cara escondido entre as folhas.

Na rua há também os tímidos e os sem pudores. A mulher vaidosa, para não ser vista quando estava mais exposta, se cobria para urinar:

Até então, na noite tinha que fazer xixi ali perto da onde dormia. E daí, de repente, até pedi pra ele colocar a coberta assim, para me esconder. Pra fazer o cocô, tu vai mais pra lá, num cantinho. Mas eu sempre dizia: depois tu pega e coloca uma areia por cima. Pra se limpar eu entrava dentro do Conceição [hospital do GHC] e pegava os rolos de papel higiênico daqueles rolo, tinha que pegar. E guardava. Eu enrolava, bem, um pouco ali. Até um paninho, uma meia, lavava a meia no outro dia.

A mulher vaidosa, à noite, não circula muito longe do seu companheiro. Medo e insegurança a faz urinar perto daqueles que ali dormem. A areia colabora para diminuir o mau cheiro e a vergonha. Durante o dia, usa o banheiro do hospital, da igreja, do restaurante e da lanchonete (quando permitido) ou os arbustos das praças.

A Sol trabalha, dorme, come, urina, defeca e fuma crack no mesmo local.

O xixi no meio do mato ou na beira da faixa mesmo. O cocô no mato. A gente usa a folha de mamoneira para se limpar.

A rua não ofertar banheiros públicos só reforça o descaso do Estado com a cidade, com as pessoas. Cada um dos três usa de uma estratégia para construir, na rua, um banheiro: arbustos e pedaços de jornais são usados pelo homem do carrinho; coberta, areia, papel higiênico e boa vontade dos comerciantes são usados pela mulher vaidosa; e mato, faixa e folha de mamoneira pela Sol. A maneira que cada um utiliza corresponde com o lugar onde se fixaram para habitar.

Tomar banho

Tomar banho... Lavar o cabelo ou não? Uma vez por dia ou duas? No inverno ou no verão? Só água ou com sabonete? Só xampu ou condicionador também? Sozinho ou acompanhado? Todos os dias ou de vez em quando? De chuveiro, rio, lago, cachoeira ou mar? Embora seja possível fazer muitas perguntas sobre o banho, esse ato é simples, cultural no quesito quantidade e frequência, prazeroso e desigual. Quem habita a rua não encontra banheiro com chuveiro, só encontra a vontade de encontrar e de se banhar.

O homem do carrinho ficou encabulado. Baixou a cabeça, virou os olhos e pouco falou sobre o banho:

Bah, cara isso aí é vergonhoso eu falar sobre isso contigo. É que é vergonhoso eu falar isso aí, se eu te falar que eu não tomo banho desde o natal?

A conversa com o homem do carrinho foi em maio de 2013, logo ele estava uns cinco meses sem tomar banho. Ele não tinha odor de quem estava muito tempo sem se banhar. Lavava o rosto e as mãos com frequência no bebedor da praça e trocava muito de roupa.

A mulher vaidosa acionava a rede de serviços e contatos pessoais e aproveitava um banho quente:

Bom, na igreja não ficava sem banho. Quem quer... Porque tem uns que andam sujos. Eu como sempre fui mesmo vaidosa. E tinha a igreja que o senhor deixava aberto pra quem quisesse sabe, chuveirinho quente, banheiro. E eu ia lá e se deliciava com o banho!

O chuveiro que a mulher vaidosa usava não é público, não é para todos. Continuar tomando banho era uma preocupação dela. Antes ela tomava banho todos os dias (quando tinha a casinha na vila), e continuar fazendo isso na rua é se sentir mais próxima da vida que tinha antes e das pessoas que passam por lá, às vezes sem vê-la.

Tomar banho todos os dias te faz te sentir limpa? Isso depende das atividades decorrentes do teu trabalho ou do teu lazer. A Sol questionou dizendo que as pessoas que fazem sexo uma vez ao dia já sentem a vontade de tomar banho, imagine quem faz isso dez, quinze, vinte vezes.

O banho eu tomava dentro da vila. Mas é, tipo assim, é uma vez por dia, mas que tu vive mais ou menos suja. Tu não tem como andar limpa. Transa uma vez, transa duas vez, transa três vezes. Não tem como tu tomar banho todas as vezes que transa e o certo seria tomar banho toda vez que tu transa, aí não tem como. Como é que tu vai tomar banho? Só que, tipo assim, a gente tinha que pagar pra tomar banho. Tinha que pagar cinco pila. É uma pedra!

Há quem não toma banho há meses, há quem consegue tomar banho sempre que quer e há quem toma banho se pagar. Não se banhar traz vergonha; banhar-se, prazer, mas pode causar prejuízo. Além de pagar os cinco reais, a Sol não poderia se afastar muito do seu trabalho, caso contrário deixaria de ganhar dinheiro com os programas.

Sexo... azar é do goleiro!

Transar por prazer, por vontade, por transar, por curiosidade, por dinheiro. O homem do carrinho diz não fazer sexo na rua, embora tenha pedido preservativos à equipe do Consultório na Rua.

Não, não eu não me envolvo com essas gurias de rua. Essas gurias que moram na rua, tão na rua, são tudo... usam droga. Daí, eu... como eu só bebo, mas é uma droga também, eu admito isso. Mas é que é diferente. Então, eu prefiro me reservar e elas, a maioria tão tudo com HIV e coisrada e eu procuro me preservar sobre isso, sabe.

Os habitantes da rua formam seus clãs por afinidades. O homem do carrinho disse que inclusive a polícia pede para que não haja outros tipos de drogas além do álcool. Produtos legalizados são socialmente aceitáveis e, portanto, seu consumo menos velado pelas ruas.

A mulher vaidosa se animou ao chegar no assunto sexo.

Ah, essa parte tem que chegar também. Olha, eu dizia assim, ai amor não começa, mas eu tenho o meu marido. Eu dizia ai amor espera um pouco, tem gente passando na rua ainda. Mas eu tava me fazendo. Se cobre e deu. Foi muito bom, foi muito gostoso, mas na rua também é complicado, né. Tu tem que tá te cuidando.

A mulher vaidosa não gosta de ver ninguém fazendo sexo e também não gosta que a vejam. Se cobre com as cobertas e se preocupa em não emitir sons. Embora faça ao lado de outras pessoas

que usam aquele chão como cama. Não usava preservativo, pois além de grávida dizia fazer sexo com o seu marido.

A Sol faz do sexo o seu trabalho, no entanto isso não quer dizer que não tenha sexo prazeroso.

É, eles pedem pra não usar preservativo. Agora, eu não tô nem aí. Agora eu já tenho mesmo. Azar é do goleiro. Às vezes, eu digo sabe, às vezes, me irrita. Às vezes é um cara que eu não quero, não quero me lambuzar, não quero sabe, aí eu digo, ah tu quer tirar? Eu tenho HIV. Mas se é aqueles cara gostosinho assim aí! Tem uns bem gostosinhos. Tem uns que às vezes tu olha assim, param pra mim muito gostoso. Carro maravilhoso por dentro. Eles são cheirosos, gostosos. Não é só homem velho, feio e fedorento que vai lá não. É homem limpo, cheiroso, gostoso, sabe? Coisa mais boa! Adoro! Eu sinto falta é disso! Dos homens. Não sinto falta do crack, mas sinto mais falta dos homens.

Sol contaminou-se com o vírus do HIV trabalhando na faixa. Comenta que a maioria das gurias tem o vírus. O uso frequente do crack a faz transar chapada e, por isso, às vezes, nem se recorda se usou ou não o preservativo.

Se vestir e dormir!

O inverno gaúcho costuma ser severo no quesito frio e chuva. O lugar para dormir não pode estar molhado e a roupa tem que dar conta de manter o corpo aquecido. Os destemidos pedem nas casas, os envergonhados compram...

Pra dormir, papelão. Papelão a gente usa. Daí o cara põe o papelão por cima. Mas eu ganhei um cobertor. Daí eu pedi um cobertor numa casa. Eu sou um cara que eu peço. Eu peço nas casas. Eu não tenho vergonha de chegar numa casa e pedir. O pessoal costuma dar... dentro de umas. Depende da tua elegância.

O homem do carrinho menciona o fato de já serem marginalizados pela sociedade e uma das formas de desmistificar que as pessoas que estão em situação de rua são “fedorentas, malvadas e feias” é sendo elegante. Dessa forma, as pessoas ficam sensibilizadas e costumam ajudar.

A mulher vaidosa e seu companheiro dividiam o colchão, mas se não guardarem-no (esconderem-no) durante o dia, não terão à noite.

Ah, durante o dia a gente, o amor tinha a mania de guardar em cima da árvore era o lugar que ele guardava e ninguém pegava o colchão.

Se o colchão está guardado, ninguém mexe (aqueles que conhecem quem habita por ali). Se o colchão está largado ele não é de ninguém, ou seja, é de todos.

A Sol, quando o corpo biológico desligava, fazia de qualquer lugar a sua cama:

Eu não dormia. Eu ficava cinco, seis dias acordada fumando crack. E, depois, sim, depois de cinco, seis dias meu corpo não aguentava mais aí eu era obrigada a dormir. Eu dormia em qualquer lugar. Botava um papelão no chão e dormia no meio do mato mesmo. Não tinha mais força para levantar daquele lugar. Eu era obrigada a dormir. Ali eu dormia uns dois dias sem parar. Eu comprava. Mas as pessoas dão roupa. Eu não tinha coragem de pedir. Mas as guria pedia, eu não tenho coragem. Chegar numa casa e a pessoa te conhece. Às vezes ficava com sede e não pedia água.

Quem habita a rua não coloca uma armadura e fica sem ter sentimentos. Alguns, por proteção, ficam mais escondidos e menos percebidos, mas eles existem. Não ter coragem não é motivo para ter vergonha.

Liberdade

Como escreveu a escritora Cecília Meireles (1989, p. 81), a “liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta, não há ninguém que explique e ninguém que não entenda”. Será que viver na

rua é se alimentar a hora que quiser? Dormir quando quiser? Não seguir os ponteiros do relógio? Que liberdade se procura?

O homem do carrinho não foi parar na rua em busca de uma liberdade, sua história é longa e, como ele mesmo disse, daria um livro.

É, mas no caso assim, a rua, ela me traz uma certa liberdade, mas automaticamente eu não gosto dessa liberdade, tanto a ponto de tá aqui, só que eu não tenho opção.

Quando a liberdade não é mais uma busca, mas uma imposição, ela não tem mais a mesma satisfação.

Quem habita a rua continua seguindo os horários comerciais, caso contrário não há sobrevida.

Liberdade, mas mesmo assim eu tinha horário na rua. Eu tinha horário. Tinha compromisso. Eu acho que a vida da rua tem. Até na questão de tu sair ali do local aonde tu tá dormindo. Se tu tá dormindo na frente de uma farmácia, sete horas tu tem que levantar. Na hora da comida até às duas horas tu não pega naquele lugar.

Acordar no horário que o comércio abre as portas, almoçar no meio da tarde, fazer sexo só à noite, são atividades que a mulher vaidosa faz seguindo os ponteiros do relógio. Caso contrário, passa fome, se molha com a chuva, recebe “batida policial”. Regras! A rua tem as suas também!

Sim, liberdade. Pra mim fazer o que eu quisesse, na hora que eu quisesse, na hora que eu bem entendesse e aonde eu quisesse. Fiz tudo isso. Ninguém mandava em mim. Não aceitava que ninguém mandasse em mim.

Em busca dessa liberdade, a Sol teve sérios problemas com a cafetina do Porto Seco. “O Sol nasceu pra todas”, proclama! Não querer seguir as regras impostas por ela a fez ser ameaçada por faca.

Saúde

Sem residência fixa e sem documento, como os habitantes da rua acessam os serviços de saúde?

Aí eu vou nos postos ou, então, no hospital. É difícil. É horrível o acesso, só que a maioria dos hospitais aqui de Porto Alegre, aqui, eles já tem a minha ficha, a maioria deles. Não atendem bem. Eu sinto uma certa carência assim em relação as outras pessoas e quando o cara fala que tu é morador de rua. É por isso que eu não procuro. Eu tenho acordado todos os dias vomitando, vomitando...

O homem do carrinho diz estar com a saúde fraca (vomita e defeca sangue), sabe que a causa disso é o uso abusivo do álcool. A mulher vaidosa tem acessado o Hospital Conceição, pois acaba de parir seu filho. Acredita que o atendimento seja diferenciado em virtude do mau cheiro e da maneira que cada um se apresenta.

O postinho perto da minha casa eu usava. Se eu tava, se eu não tava me sentindo bem, que foi difícil nas minhas gravidez, eu nunca tive nada.

A Sol usava a unidade de saúde apenas por uma razão:

Lá no posto pra tomar injeção. Nunca quis filho e também nunca tive namorado na faixa e nunca tive ninguém.

Os três relatam o quanto o Consultório na Rua contribui para a melhoria na vida de cada um deles. Acreditam que se tivessem conhecido o serviço quando foram parar nas ruas suas histórias seriam diferentes. O homem do carrinho, a mulher vaidosa e a Sol falaram do vínculo e do carinho que têm com seus técnicos de referência.

Drogas

Drogas legalizadas carregam um estigma diferente daquelas que são ilegais, criminalizadas. Usuários de álcool são associados a bêbados. Já usuários de crack a bandidos.

O homem do carrinho usa três litros de cachaça por dia e quando fuma maconha consegue reduzir consideravelmente a quantidade.

Quando eu fumo maconha eu bebo menos, um meio litro de cachaça. É. Se eu fumar uns dois baseados acho, no dia, uns dois baseados no dia eu, hoje, por exemplo, eu fumei.

Usar uma droga como substitutiva de outra pode ser usada como estratégia para diminuir os danos causados pela primeira. O homem do carrinho acha interessantíssimo como seu organismo reage ao associar álcool com maconha, não porque dá um maior “barato”, mas porque sacia sua vontade de beber mais e mais.

A mulher vaidosa reforça o quanto o uso de outras drogas, que não o álcool, se faz de maneira mais escondida ou mais protegida das vistas das outras pessoas.

Do respeito, se tá passando uma senhora e a gente vê, uma senhora ou um senhor, respeita. Respeito. Tu não vai tá usando a droga ali ou no banco da praça.

Sol começou a usar crack com treze anos. No início, ela fumava menos de dez pedras por dia, após quinze anos passou a usar quarenta.

No começo, que eu comecei a fumar era pouco. Quando eu comecei a fumar era umas seis, sete pedras por dia. Seis, sete pedra. Depois, não baixava de quarenta pedra.

O homem do carrinho aprendeu a conhecer o seu organismo e utiliza a droga substitutiva como uma forma de redução de danos. A mulher vaidosa, com medo de ser penalizada pela vizinhança, fuma escondido, uma mistura de respeito e de receio. Sol gasta mais da metade do que ganha por dia em pedra.

Violência

A violência permeia as três histórias aqui contadas. Essas três vidas sentiram a violência em seus corpos, mentes e corações.

Esses albergues tão tudo lotado, tão tudo cheio. Para onde eu queria ir, eu não consigo. Não consigo vaga e se é para ir para aqueles albergues ali, pro cara eles enchem o cara ali de facada. Ali, machucam o cara. O cara já tá numa situação difícil, aí existe um monte de coisa, Estela, que é, que eu, pra mim eu prefiro ficar na rua.

O homem do carrinho não tem receio das normas dos albergues, mas das pessoas de diversas “tribos” juntas. Na rua, se tem conhecimento de quem vai dormir do teu lado. No albergue, é o desconhecido.

Ah, tu cala a boca também. Cala a boca não, tu não é o meu pai, eu disse pra ele. Eu tive que... Encarei o homem. Já pensou? O homem podia ter me dado em mim, né?

A moça vaidosa, mesmo grávida tem que defender o seu território, suas coisas, seu corpo.

Eu tava de quatro. Me deu uma gravata por trás e começou a me asfixiar. E aí eu não conseguia gritar eu não conseguia fazer nada. Ele pisava no meu pescoço. Ele me derrubou no chão e ele pisava com o coturno dele assim. Como não quebrou o meu pescoço, eu não sei. Foi Deus que naquela hora que tava ali não quis que eu morresse.

A Sol nem sempre consegue saber quem é o homem que a acompanha até o mato ou que abre a porta do carro. Ela e as outras gurias ficam atentas umas às outras, uma cuida da outra.

Das Inconclusões

O protagonista do trabalho foi a rua, embora essas três pessoas tenham dado vida orgânica a ela. O homem do carrinho, a mulher vaidosa e a Sol vivenciam situações muito semelhantes, mas ao mesmo tempo tão diferentes. Eles não “representam” a população em situação de rua, eles, entre pares, a vivem, fazem parte dela nas condições padrão que a rua oferece, impede ou permite. Habitam as ruas, seus “entres”, seus afetos, limites e margens de busca. Experimentam medos que desenham proteções específicas. Percorrem itinerários que desenham territórios para comer, dormir, beber, lavar-se, urinar, defecar e transar. Sobrevivem pelas potências de resistir, encontrar, criar, fazer amigos, gozar uma ou outra vez, substituir danos por contatos mais protetores, uma ou outra vez.

O homem do carrinho e a mulher vaidosa choraram de emoção nas conversas. Ele por falar do sonho de ter uma família e ela ao falar do momento de ter entrado em trabalho de parto na rua. A Sol me fez rir muito ao falar de situações engraçadas que ocorrem no mato.

Habitar a rua de forma permanente é bom ou ruim? Te faz sorrir ou chorar? Te faz usar droga ou reduzi-la? Te faz ter mais amigos ou criar inimigos? São culpados ou inocentes? Estão certos ou errados? Viver na rua é obrigação ou opção? Não encontrei nenhuma dessas repostas. Talvez, porque essas nunca foram as perguntas. A questão é: viver na rua é viver e isso implica sentir, experimentar e se emocionar. Com esses elementos podemos ensejar encontros e desde a alteridade do encontro criar alguma coisa, as práticas de cuidado necessárias, a proteção da subjetividade, uma clínica da rua, produções da saúde mental coletiva...

Quando há o encontro de duas ou mais pessoas, ninguém fica igual a como quando chegou. Leva um pouquinho do outro e deixa um pouquinho de si. Dizem que é preciso dar voz às pessoas, todavia, às vezes só precisamos dar ouvidos táteis, escutar o outro prestando atenção para ouvir o mais baixinho dos sons, o inaudível. Eles não são invisíveis, embora muitas vezes não queiram ser reconhecidos. A rua causa diversos efeitos nesses três habitantes e eles causaram muitos efeitos na nossa vida.

Referências

- BOLÍVAR, A. ¿De nobis ipsis silemus?: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, v. 4, n. 1, 2002. Disponível em: <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>
- CONNELY, M.; CLANDININ, J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: LARROSA, J. et al. *Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes, 1995, p. 11-59.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA (FASC). *Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre: relatório final*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2012.
- MEIRELES, C. *Romanceiro da Inconfidência*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989, p. 81
- PIÑA, C. Sobre la naturaleza del discurso autobiográfico. *Argumentos*, v. 7, 1989, p. 131-160.
- PUJADAS, J. J. *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992.

SÁNCHEZ, M. R. G.; GARCÍA, P. L.; VILLAJOS, A. M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Disponível em: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/IBN_Trabajo.pdf. Acesso em: 10 jul 2013

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: O BRASIL NO HAITI E AS VISÕES DE UMA SANITARISTA EM FORMAÇÃO



Mayna Yaçanã Borges de Ávila¹
Alcindo Antônio Ferla²

Resumo: O tema da saúde internacional, em particular da cooperação internacional em saúde, tem relevância histórica e destaque atual. Dois importantes processos influenciam fortemente a saúde dos povos: a globalização e a pobreza. A globalização aproximou culturas e economias, porém isso não reduziu as desigualdades, devido às relações dispare de poder entre os países. Este trabalho adota o conceito de “saúde global”, destacando a necessidade de assumir uma posição de destaque para as questões culturais nos projetos de cooperação internacional em saúde, incluindo a própria configuração da cultura, dos valores, das lógicas e racionalidades com que os diferentes povos operam a vida. A partir de uma experiência prática de acompanhamento da construção e implementação de um projeto de cooperação internacional em saúde envolvendo Haiti, Brasil e Cuba, o objetivo foi desenvolver um livro de fotografias de autoria própria assumindo como linguagem a arte, em especial a arte da fotografia. Assim, foram selecionadas fotografias capazes de ampliar a capacidade de análise de situação de saúde, capacidade do núcleo profissional do sanitarista e dar à arte o espaço para a produção de um conhecimento novo dentro do fazer em Saúde Coletiva, permitindo rever os contornos dessa atuação.

Palavras-chave: Fotografia; Arte; Saúde Global; Cooperação Internacional.

Apresentação

O tema da saúde internacional, em particular da cooperação internacional em saúde, tem relevância histórica e destaque atual. Surge no século XIX com o objetivo de controlar doenças transmissíveis e epidemias, porém somente se consolida como estratégia de uniformização de iniciativas de combate à violência e manutenção da paz após a Segunda Guerra Mundial (LIMA, 2002). Entretanto, no campo da saúde, estratégias de governo supranacionais de uniformização das abordagens para certos problemas de saúde surgiram pelo menos dois séculos antes. O filósofo francês Michel Foucault (1981) descreve, já no surgimento da medicina moderna, a expansão para diferentes países de estratégias de organização dos sistemas de saúde e das políticas públicas setoriais. Essa expansão se deu a partir da incorporação dos “modelos” desenvolvidos nos primeiros estados que

1 Graduada em Saúde Coletiva e em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde em projetos na área da Saúde Coletiva envolvendo Cooperação Internacional em Saúde, Arte, Fotografia, educação em saúde e formação profissional. Email: mayna.avila@gmail.com

2 Médico e Doutor em Educação (UFRGS). Professor da Escola de Enfermagem da UFRGS, atuando no Curso de Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação (PPG) em Saúde Coletiva. Pesquisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) do PPG em Educação da UFRGS, professor colaborador no PPG em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, professor e pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenador Nacional da Associação da Rede UNIDA, e professor visitante na Alma Mater Studiorum – Università Di Bologna. Email: ferlaalcindo@gmail.com

se consolidaram: o modelo da polícia médica, na Alemanha; da medicina urbana, na França; e da medicina da força de trabalho, na Inglaterra. Em comum entre esses modelos, que fundamentam as políticas de saúde na modernidade, uma base científica e cultural que tende a se reproduzir no mundo ocidental e nas ações de cooperação internacional: a medicalização, caracterizada pela imposição de um regime de verdade (a razão biomédica) às práticas e saberes autônomos, por meio de tecnologias como o exame, o diagnóstico, a padronização da terapêutica e das práticas médicas (FOUCAULT, 1981) e, mais recentemente, pela supervalorização do uso das evidências científicas.

A partir desses elementos, pode-se destacar a necessidade de outra abordagem de práticas de saúde na cooperação, práticas que não sejam homogeneizantes, que incluam as dimensões histórica, social e cultural. Essa necessidade está dada, de um lado, pela ampliação dos conceitos de saúde com que operam muitos sistemas nacionais e por um conjunto de consensos internacionais. Entre estes, para citar apenas um, está a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948), que define a saúde como um direito fundamental do ser humano e o coloca em articulação com outros direitos, produzindo um sentido para a produção de saúde que extrapola a vigilância e o tratamento das doenças. Por outro lado, principalmente na América Latina e Caribe, o surgimento da Saúde Coletiva como área interdisciplinar se materializou, em grande medida, na crítica à biomedicina e à naturalidade com que seus saberes e práticas constituíram as políticas públicas de saúde, permitindo, assim, o surgimento de novas bases para subsidiar a ação dos governos e as iniciativas de cooperação (BIRMAN, 2005).

Para constituir um campo metafórico que dialoga com o objetivo deste projeto, a saúde coletiva, na articulação da saúde pública, da epidemiologia, mas também das ciências sociais e humanas, constituiu novas imagens, novos ângulos, novas perspectivas e contornos para o tema da saúde, suas políticas e a cooperação internacional (BIRMAN, 2005). Abriu, portanto, uma dimensão estética para as práticas no interior dos sistemas de saúde e para o pensamento, ampliando os desafios para a produção de conhecimentos, práticas e imaginários (FERLA, 2007).

Seguindo essa linha de pensamento, atualmente existe uma concepção da cooperação em saúde que agrega a perspectiva do reconhecimento da história e da cultura dos diferentes povos, a denominada cooperação horizontal (ou Sul – Sul), que pressupõe ganhos recíprocos, aprendizados compartilhados e, portanto, que a diferença entre os cooperantes não se resume a problemas a serem superados, mas a um potencial de alteridade capaz de gerar crescimento recíproco.

Tivemos a oportunidade de acompanhar, a partir do segundo semestre de 2011, o processo de construção do Programa de Desenvolvimento da Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação na Saúde, cooperação internacional tripartite em saúde entre Haiti, Brasil e Cuba. Este programa é desenvolvido no contexto de uma cooperação interinstitucional que envolve a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio tanto do Bacharelado quanto do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Esta aproximação impulsionou a necessidade de aprofundar a experiência utilizando outra linguagem: a fotografia. Esta era presente na trajetória de vida e acadêmica em diferentes momentos devido à sua capacidade de dar contornos visíveis para elementos que no cotidiano passam despercebidos ou são naturalizados, mas acabou se tornando a principal forma de processar a vivência do projeto. Resultaram disso registros fotográficos da cooperação de autoria própria que foram publicados em meios de comunicação oficiais do projeto e alguns registros do país não relacionados ao projeto de cooperação que acabaram gerando uma mostra fotográfica sobre a resistência e produção de vida do povo haitiano. Passado o momento agudo da experiência, percebemos agora que o registro fotográfico, feito com regularidade e até certa compulsão por muitos dos participantes da cooperação, provavelmente também representou um modo de gerenciar o choque com uma

realidade tão diversa e tão adversa, que mobilizava afetos e quebrava convicções e técnicas levadas para a cooperação sem uma análise mais profunda da compatibilidade com a realidade local. A fotografia operou como uma espécie de dispositivo, armazenando o vivido para continuar provocando a análise do “o que fazer” na cooperação.

A proposta deste trabalho foi tornar a imagem a narrativa principal e a arte como produção de um conhecimento novo dentro do fazer em Saúde Coletiva, permitindo rever os contornos dessa atuação. A ênfase, aqui, é experimentar a elaboração de um livro de fotografias, ou uma espécie de livro-exposição, como dispositivo para ampliar a capacidade de análise de situação de saúde, capacidade do núcleo profissional do sanitarista. Esta proposta surge da reflexão de que, no contexto da produção acadêmica de conhecimento, a palavra é mais valorizada que outras linguagens/códigos, sendo o mais frequente modo de registrar o conhecimento, mas também reduzindo nossas possibilidades de diálogo e apreensão sobre o mundo. A imagem, nesse caso, permitiria tornar visíveis perspectivas que a palavra e o número não têm potência para fazer e orientar o trabalho do sanitarista.

Objetivo

Organizar um livro de fotografias a partir de imagens³ selecionadas de autoria própria produzidas no escopo do programa Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação na Saúde, que compõe a cooperação tripartite Haiti-Brasil-Cuba, entre 2011 e 2013, identificando aquelas capazes de destacar focos singulares da análise da situação de saúde na perspectiva da Saúde Coletiva e estabelecendo um percurso narrativo/discursivo a partir das imagens selecionadas.

Contornos da Problemática em Estudo

“Difícil fotografar o silêncio.
Entretanto tentei. Eu conto:
Madrugada a minha aldeia estava morta.
Não se ouvia um barulho, ninguém estava entre as casas.
Eu estava saindo de uma festa.
Eram quase quatro da manhã.
Ia o Silêncio pela rua carregando um bêbado.
Preparei minha máquina.
O silêncio era um carregador?
Estava carregando o bêbado.
Fotografei esse carregador.
Tive outras visões naquela madrugada.
Preparei minha máquina de novo.
Tinha um perfume de jasmim no beiral de um sobrado.
Fotografei o perfume.
Vi uma lesma pregada na existência mais do que na pedra.
Fotografei a existência dela.
Vi ainda um azul-perdão no olho de um mendigo.
Fotografei o perdão.
Olhei uma paisagem velha a desabar sobre uma casa.
Fotografei o sobre.
Foi difícil fotografar o sobre.

³ Este trabalho é parte da construção de um livro de fotografias buscando a aproximação entre a linguagem fotográfica e a Saúde Coletiva, portanto foram selecionadas para compô-lo apenas parte das imagens que farão parte do trabalho completo.

Por fim, eu enxerguei a Nuvem de calça.
Representou para mim que ela andava na aldeia de braços com Maiakovski – seu criador.
Fotografei a Nuvem de calça e o poeta.
Ninguém outro poeta no mundo faria uma roupa mais justa para cobrir sua noiva...
A foto saiu legal”.

(O Fotógrafo - Manoel de Barros)

A Globalização e o Contexto da Saúde Global

Durante o século XX, ocorreram diversas transformações econômicas, sociais e científicas, trazendo consigo avanços nas condições de vida e saúde da população. Porém, estes avanços não vieram igualmente para todos e, no processo, se criaram enormes disparidades no desenvolvimento dos países.

Buss (2007) traz dois importantes processos que influenciam fortemente a saúde dos povos: a globalização e a pobreza. Estes não são fenômenos recentes, porém seus efeitos negativos passam a se acentuar a partir do final do século XX. A globalização aproximou culturas e economias fazendo com que o globo se tornasse uma unidade operacional, porém isso não reduziu as desigualdades, pois as regras das transações comerciais e econômicas são desiguais para os países, protegendo os países desenvolvidos e certos aglomerados produtivos e grupos de interesse no seu interior. Esses processos da globalização e pobreza vêm associados a um padrão insustentável de urbanização e industrialização, gerando impactos importantes à biodiversidade do planeta e à saúde das pessoas (BUSS, 2007). Ao longo da década de 90, ocorreram diversas conferências que denunciaram esse contexto e fizeram recomendações importantes sobre as condições de saúde das populações, culminando na Cúpula do Milênio, em 2000, onde foi firmado um compromisso mundial com o desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Da necessidade de influenciar esses cenários surge o contexto da “saúde global”⁴ como área prioritária de políticas externas e de cooperação internacional, indicando a preocupação com as distintas necessidades de saúde da população do planeta, independente de nações e seus interesses, e a capacidade de identificar e potencializar as singularidades locais (QUARANTA, 2012). Assim, as diferenças culturais não seriam tomadas como entraves ao diálogo entre os países cooperantes, mas como um elemento fundamental para uma construção compartilhada de um projeto de cooperação adaptado à realidade e necessidades locais.

Esta dimensão da saúde global dialoga com as práticas esperadas de um profissional da área da saúde coletiva, que incluem em suas abordagens a dimensão da cultura e da história, demonstrando que este profissional possui habilidades importantes para contribuir nesses processos. O desenvolvimento dessas capacidades profissionais implica a desnaturalização de imaginários e de concepções ainda hegemônicas do que é saúde, dos fatores condicionantes e determinantes, e das intervenções esperadas dos sistemas e serviços, além das práticas no seu interior. Implica também, segundo Ceccim (2002), a adequada interpretação do processo saúde/doença/cuidado/qualidade de vida, para que tenham potência para interferir na análise de situação de saúde e no desenvolvimento de tecnologias para serem incorporadas no trabalho desenvolvido nos sistemas locais, assim como nas ações de cooperação internacional.

4 Tomamos neste trabalho a perspectiva apontada por Quaranta (2012) de que não se trata, ao utilizar o conceito “saúde global”, de centrar a análise nos aspectos econômicos e ideológicos, mas de assumir um destaque nas questões culturais. As aproximações entre os países produzidas por condições operacionais (transportes e motivações para os deslocamentos) e econômico-mercadoológicas põem em evidência as diferenças culturais entre os povos, não apenas relativas ao acesso aos produtos culturais disponíveis para consumo, mas à própria configuração da cultura, dos valores e das lógicas e racionalidades com que os diferentes povos operam a vida.

Cooperação Internacional em Saúde e o Brasil

A cooperação internacional em saúde surge aproximadamente no século XIX, período de grandes avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e de diversificação das tecnologias de transporte. Assim, neste período foram realizadas conferências internacionais, assinados tratados e criadas organizações internacionais para fortalecer a realização de projetos de cooperação. Porém, apenas após a Segunda Guerra Mundial é que este processo se intensifica e é criado um conjunto de organismos internacionais, localizados dentro da nova ordem econômica mundial que estava se organizando e para a manutenção da paz, destacando-se o Sistema das Nações Unidas (ONU), no interior do qual é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 (ALMEIDA et al., 2010).

Desde 1950, diferentes concepções vêm sendo adotadas para pensar os projetos de cooperação. Nos anos 50/60, a cooperação em saúde era considerada um forma de preencher lacunas de desenvolvimento, oferecendo recursos tecnológicos e trabalhadores. Já nos anos 70 houve a primeira reorientação nas perspectivas de cooperação, trazendo a abordagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), que incluía a preocupação com aspectos humanos e sociais para o desenvolvimento, fundamentando as bases para a cooperação entre países do Sul. Durante os anos 80, devido à presença de crise no cenário econômico mundial, houve uma determinação dos projetos de cooperação a partir dos princípios neoliberais impostos como condicionalidades dos empréstimos internacionais para os países menos desenvolvidos (ALMEIDA et al., 2010).

Na década de 90, a ONU realizou uma série de conferências que demonstravam a preocupação com aspectos sociais e ambientais, além de outros elementos, que apontavam para a necessidade de reorientar os programas de cooperação. A tutela gerencialista implementada nos anos anteriores, que uniformizava a complexidade dos contextos locais e da saúde como objeto de políticas, mostrou-se pouco efetiva no desenvolvimento dos sistemas nacionais dos países cooperantes (ALMEIDA et al., 2010). Assim, recentemente estes organismos têm colocado a saúde como prioridade na agenda da cooperação internacional, pois a maioria dos países pobres não consegue ter Sistemas de Saúde que respondam efetivamente às necessidades de suas populações e se tornaram dependentes dessa ajuda internacional (MATTOS, 2001).

Os modelos tradicionais de cooperação, ou ajuda internacional Norte-Sul, seguem uma lógica vertical, em que os países doadores prestam, na realidade, assistência técnica e não cooperação, pois organizam os projetos unilateralmente com pouca ou nenhuma participação dos países beneficiários. Essa estrutura de cooperação resulta de uma visão de que os países que recebem os projetos são apenas carência e que aqueles que detêm o conhecimento, as técnicas e o recurso conseguem avaliar os setores de maior necessidade e os meios para atingir os objetivos traçados por eles mesmos, reproduzindo as relações de poder estabelecidas entre as nações. Assim, desconsideram os aspectos culturais e políticos locais fundamentais para a implementação e manutenção efetiva dos projetos (BUSS; FERREIRA, 2010).

Com o passar dos anos, diversas análises vem sendo feitas e estas demonstram que os projetos de cooperação pautados em modelos tradicionais não vêm conseguindo reduzir as desigualdades ou, realmente, acelerar o desenvolvimento dos países pobres. A partir disso, os modelos de cooperação vêm se diversificando. A chamada cooperação Sul-Sul, ou cooperação horizontal, surge no contexto da Guerra Fria, quando surgiam muitos Estados independentes na África e na Ásia, após anos de exploração colonial, que buscavam fazer frente à bipolaridade criada por Estados Unidos e União Soviética. Assim, esses países, juntamente com alguns da América Latina, buscavam a cooperação entre si como meio para solucionar problemas semelhantes. Esta lógica de cooperação está embasada no esforço conjunto entre doadores e beneficiários, em uma construção compartilhada onde planejamento e execução são conjuntos, objetivando a autonomia dos

parceiros e a sustentabilidade dos projetos (BUSS; FERREIRA, 2010). Nessa linha de pensamento, atores envolvidos na mudança de paradigma para uma saúde global vêm buscando alternativas ao modelo dominante vertical.

O Brasil vem se destacando neste cenário mundial, no contexto da cooperação Sul-Sul, com a denominada “cooperação estruturante em saúde”. Esta se fundamenta na formação de profissionais da saúde e da construção de serviços estruturantes dos sistemas de saúde, procurando incentivar capacidades próprias dos países em cooperação. Além disso, o modelo busca a articulação e coordenação dos demais projetos bilaterais ou multilaterais em desenvolvimento no país (BUSS; LEAL, 2009).

A Cooperação Tripartite entre Haiti, Brasil e Cuba

O Haiti divide-se em 10 departamentos e 135 comunas, e contava, em 2010, com 10.303.698 habitantes. A expectativa de vida ao nascer, segundo dados de 2008, é de 62 anos. Em relação à atenção à saúde, há baixa cobertura da atenção básica, sendo que cerca de 80% dos haitianos utilizam a medicina tradicional. Além disso, o país vive sucessivas crises políticas e sociais que dificultam o estabelecimento dos governos e de políticas públicas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2012). Porém, cabe destacar que este país, apesar da pobreza e exploração que acompanham sua história recente, já foi a colônia mais rica das Américas e o primeiro a conquistar sua independência a partir de uma rebelião de escravos em 1804 (MAIA, 2011). O país recebeu inúmeras intervenções e cooperações internacionais ao longo de toda sua história. Rosa (2011) destaca que é primordial compreender a lógica do pensamento e organização social haitiana, distante da lógica ocidental que permeia os projetos de cooperação. Assim, entender porque a concepção de negro ocidental não foi bem sucedida no Haiti, e desenvolveram sua própria construção histórica do negro, e se aproximar simbolicamente do Haiti são requisitos para compreender as disputas e tensões sociais e políticas que fazem com que sucessivos projetos de cooperação deixem dinheiro no país sem produzir resultados (ROSA, 2011).

O Brasil possui ações no território haitiano desde 2004, início do envio das tropas brasileiras para compor a Missão das Nações Unidas para a estabilização no Haiti (MINUSTAH). Segundo dados de 2007, dentre as ações de cooperação brasileiras no Caribe, 77,14% tem o Haiti como país receptor, contemplando diferentes áreas, como a saúde (VERENHITACH et al., 2007). Porém, em 2010, após o terremoto que devastou o país e piorou suas condições já precárias de vida, o Brasil assinou um memorando de entendimento que estabeleceu a cooperação tripartite em saúde Haiti-Brasil-Cuba. Neste memorando, foram estabelecidas algumas áreas prioritárias para a cooperação, entre elas o fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica.

A partir disso, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu parceria com universidades e instituições de excelência nas áreas acordadas para o desenvolvimento dos projetos. Uma dessas parcerias foi entre FIOCRUZ e UFRGS, que propuseram em conjunto com as autoridades sanitárias haitianas e cubanas um programa de desenvolvimento intitulado “Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação na Saúde”, prevendo apoiar a qualificação da gestão da vigilância epidemiológica, especialmente por meio do apoio à formação de profissionais de saúde haitianos e do fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

A formação proposta no programa prevê o fortalecimento da capacidade institucional do Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti (MSPP) no uso da informação e comunicação para a educação permanente em saúde e para a vigilância à saúde, articulando ensino, pesquisa e interlocução social no âmbito da saúde pública. A expressão “educação permanente em saúde” não pretende se referir à oferta regular de atividades formativas aos trabalhadores, mas a um percurso formativo assentado em pedagogias ativas e na aprendizagem significativa associada ao

cotidiano do trabalho. Assim, contempla uma construção prévia dos participantes e a construção permanente, em ato, ao longo do processo formativo, assumindo compromisso educativo com a observação dos problemas compreendidos no dia a dia do trabalho e da cultura local e a produção de conhecimento oportuno para seu enfrentamento. Atualmente, esta formação está em andamento, estando prevista a sua conclusão até o final de 2014.

A Arte e seu Potencial Comunicativo

O convívio entre os seres pressupõe alguma forma de comunicação. É a partir da comunicação que os membros de um grupo constituem a sua cultura, sendo esta, por fim, a responsável pela sua sobrevivência e manutenção no grupo (ACHUTTI, 2011a). Para se comunicar com seus semelhantes, o homem utiliza conceitos como signos de reconhecimento. Esse processo, segundo Naffah Neto (1998), transforma seus devires singulares em generalidades abstratas. Essa transformação se dá na busca por nominar, designar e reconhecer aquilo que acontece e se produz de mais singular e inexprimível, que continuamente devém. Assim, tornamos apreensível o inapreensível em um signo, que o paralisa, recorta e aprisiona. Essa construção requer esquecer as diferenças e singularidades, constituindo identidades estáveis e passíveis de comunicação e manipulação, porém nos afasta da existência direta, palpável e sensual com o sensível. Losada (2011) coloca que somos e estamos no mundo, porém o nosso acesso a ele intermediado pelo sensível esta vedado pelos signos. O devir é um termo relativo à economia do desejo, segundo a qual os fluxos de desejo atuam por meio de afetos e devires (GUATTARI; ROLNIK, 2000).

A comunicação por meio de imagens (e da fotografia) se torna cada vez mais importante, pois os nossos pensamentos são visuais e nos comunicamos visualmente. Embora estejamos aparelhados em nossa mente para produzir imagens e entender o mundo transformado em imagens, não conseguimos expressar diretamente esses pensamentos visuais em uma espécie de projeção (ACHUTTI, 2011a).

Rauter (2000) afirma que há uma função desterritorializante nas artes, sendo esta mais importante na música para o autor, mas que perpassa as demais formas de expressão artística. Esta função desterritorializante permite à arte transversalizar e atravessar diferentes modos de subjetivação. A autora busca inspiração em Proust para desenvolver a ideia de que a arte seria um caminho para a saída de nós mesmos, nos permitindo tocar o plano pré-individual, um plano de intensidades.

Guattari e Rolnik (2000) afirmam que os seres se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam a outros seres e aos fluxos cósmicos. Assim, território seria sinônimo de apropriação, uma subjetivação fechada sobre si mesma. Quando Rauter (2000) traz a noção de desterritorialização, refere-se à possibilidade dos sujeitos de se abrir e engajar em linhas de fuga, saindo do seu curso previsto, deixando os símbolos caírem e destruindo antigos territórios. A reterritorialização seria a tentativa de reinvestir fluxos desejantes na composição do novo território.

Após a experiência artística e ao retornar ao mundo das palavras e da racionalidade, há a possibilidade de utilizar outros ângulos de interpretação capazes de dar novos sentidos ao conhecimento e às práticas. Isso acontece porque nos deixamos afetar de outra forma pelo simples olhar e experimentar de outra linguagem, capaz de nos atingir na forma de afetos. A experiência da arte acontece no limite entre mundo-subjetividade, está dentro e fora simultaneamente (NAFFAH NETO, 1998).

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, ou seja, toda a produção de sentido, implicam o funcionamento de máquinas de expressão tanto de natureza extrapessoal (sistemas maquínicos econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, de mídia), quanto de natureza infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de

desejo, de representação, de imagens, de valor, sistemas corporais, biológicos, fisiológicos, etc.) (GUATTARI; ROLNIK, 2000).

Ainda sobre a noção de subjetividade, Rolnik (2000) coloca que todo ambiente sociocultural é constituído por um conjunto dinâmico de universos, sendo que estes afetam as subjetividades sob a forma de sensações capazes de mobilizar um investimento de desejo em diferentes intensidades. A cada novo universo, são novas sensações que entram em cena sem que isso mude, necessariamente, a figura da subjetividade. Apesar disso, quando as mudanças se acumulam, aumenta a tensão entre a porção sensível e a formal da subjetividade, induzindo a mudanças nesta. Guattari & Rolnik (2000) colocam que as mudanças na subjetividade não funcionam apenas no registro de ideologias, mas na própria forma de “perceber o mundo, de se articular como tecido urbano, com os processos maquínicos do trabalho, com a ordem social suporte dessas forças produtivas”.

A arte é praticada apenas pelo ser humano, pois está na confluência de três grandes correntes de virtualização e de hominização: as linguagens, as técnicas e as éticas. Por isso temos dificuldade em definir a arte; estando ela no limite entre linguagem expressiva, técnica ou função social claramente designável, ela seria a prática da mais virtualizante das atividades humanas. Virtual, para Lévy (1996), seria o que existe em potência, mas não em ato. Assim, a arte daria forma externa e coletiva a emoções, a sensações experimentadas apenas na subjetividade. É por meio dessa dimensão coletiva que a arte nos permite compartilhar o sentir.

Nietzsche entendia a vida como vontade criadora e elabora este conceito a partir de uma perspectiva artística, onde a atividade criadora produziria continuamente vida. Criar, para o autor é vontade de vir-a-ser, crescer, dar forma, e no criar está incluído o destruir. Criar é colocar a realidade como devir, ou seja, não há mundo sensível a se buscar e integrar, mas um mundo sensível em invenção (DIAS, 2004).

A obra de arte “é”, independente do criador, pois conserva em si um bloco de sensações composto de perceptos e afectos. Os perceptos não seriam mais percepções, pois independem daqueles que os experimentam, e os afectos não seriam mais sentimentos ou afecções, pois são maiores do que aqueles que são atravessados por eles. Esse bloco de sensações, perceptos e afectos vale por si só, existindo inclusive na ausência do homem, pois este também é formado por um composto de perceptos e afectos. Assim, a obra de arte é um ser de sensações cujos blocos de perceptos e afectos são criados pelo artista, mas, uma vez criada, ela existe em si. Se somos seres de sensações, pintamos, escrevemos, esculpimos, fotografamos igualmente com sensações. “Não estamos no mundo, tornamo-nos com o mundo, nós nos tornamos, contemplando-o. Tudo é visão, devir” (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 220).

Se o artista é um criador de afectos em relação com os perceptos ou de visões que oferece aos demais, não é somente na obra que ele cria estes. Ele também cria afectos e perceptos naqueles que terão contato com sua obra e com seus afectos e perceptos, e que serão transformados por esse contato. Por isso a arte é linguagem, linguagem das sensações (DELEUZE; GUATTARI, 1992). Como linguagem, a arte comunica, estando pressuposta, assim, a interação entre o criador e outro sujeito que terá contato com sua criação (LOSADA, 2011).

A Arte como Forma de Conhecimento

Hauser (1984) afirma que a arte é uma fonte de conhecimento, não apenas dando continuidade à obra das ciências e complementando suas descobertas, mas destacando as fronteiras onde a ciência falha ou é insuficiente, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, inviáveis fora do campo da arte. Já Nietzsche afirma que as artes são oriundas da própria vida e o conhecimento alcançado a partir delas, irreduzível ao pensamento lógico e conceitual, pois elas são uma resposta

do homem buscando justificar como fenômeno estético a realidade, que, para o autor, é irracional e destituída de valor (LOSADA, 2011).

Humberto (2000) destaca que a fotografia, por ser um dispositivo de visão de uma realidade reinterpretada (pelo fotógrafo), é ineficiente como instrumento explicativo, mas suscita a reflexão. O fotógrafo registra experiências que serão interpretadas por outros, cada um a seu modo, com a sua sensibilidade e disponibilidade. Essa capacidade de provocar reações diversas em cada espectador ativa e adensa o fluxo do conhecimento.

Há uma cisão importante entre Arte e Conhecimento, apesar de alguns autores reconhecerem o potencial das artes para a produção de conhecimento. Luz (2012) nos traz os três principais elementos de síntese epistemológica no caso das ciências naturais: o modelo explicativo (mecanicista), o método (experimentalista e dedutivista) e a linguagem (matematizante). Esta síntese segue sendo um dos traços básicos da racionalidade moderna, estendendo-se a todas as disciplinas, desde o campo racional da produção de verdades para outros campos da ação e criação humanas: para as técnicas (com a tecnologia), para o trabalho (com a ergonomia e administração do trabalho), para as artes (com a institucionalização das Academias), para a moral e os costumes (com a ética e a política racionalista), e para certas instituições (asilos psiquiátricos, prisão, escolas, hospitais).

Já na época de Descartes, a razão científica havia excluído de suas possibilidades de objeto de investigação as paixões, os hábitos, os sentimentos e as sensações, pois produziam enorme inexatidão para o conhecimento. No período barroco, aconteceria um avanço no desenvolvimento de uma moral racionalista religiosa que se beneficiaria dessa separação, pois ambas as racionalidades buscam o controle da Matéria (física, humana) e a convicção de que os sentidos e sentimentos devem ser controlados. Assim, a Arte se tornou, no período, depositária da expressão dos sentidos e sentimentos, separando-se do Conhecimento e da Moral, sendo que isto se acentuaria com o romantismo nos séculos posteriores. Na segunda metade do século XVIII, o racionalismo invade também o campo das artes com o neoclassicismo. Durante algum tempo, a razão moderna será a base de todos os campos da expressão humana, dizendo todas as verdades (LUZ, 2012).

É preciso restituir o papel de produtora de conhecimento da arte. Concluo com uma citação de Dibie (apud ACHUTTI, 2004) que sintetiza essa necessidade:

A ciência com a qual nos ocupamos não pode mais ser uma ciência fria, ela deve ser realmente uma ciência do homem (humana), uma ciência quente constituída pela história dos outros, tecida com a nossa. [...] Parece-me evidente, neste mundo atual, que uma de nossas funções consiste em re-insuflar o imaginário. Nosso papel, se é que temos algum, e sem sacrificar nossa ciência, é o de nos autorizarmos a ser contadores de histórias ou mesmo griot.

O Registro Fotográfico como Linguagem de Arte

Neste trabalho será adotado um conceito de linguagem de arte como uma linguagem de sensações, conforme Hauser (1984). Para definir sensações, Rolnik (2000) coloca que na relação entre a subjetividade e o mundo existe algo além da dimensão psicológica (o eu com sua memória, inteligência, percepções, sentimentos), mas que é familiar apesar de estar em uma dimensão da subjetividade desativada na sociedade em que vivemos. Seria algo além da percepção, fortemente vinculada ao que é visível, e que conseguimos captar porque somos tocados/afetados por ele para além dos sentimentos que só dizem respeito ao eu.

Esse algo a mais é que seria a sensação, ou “corpo vibrátil”, conforme denomina a autora, que se cria na nossa relação com o mundo, mas está além da percepção e do sentimento e, por isso, nos estranha. Esse estranhamento, que provoca a necessidade de entender a sensação, a transforma em um signo cujo entendimento não está vinculado ao explicar ou interpretar, mas à invenção

de um sentido que o torne visível. Esse seria o trabalho do artista para a autora: a decifração das sensações. Isso permite concluir que a arte não se reduz à obra em si, que uma vez criada ganha seu corpo próprio, mas ao processo de criação, ou de decifração de sensações (ROLNIK, 2002). No caso da fotografia, essas sensações são produzidas pelo olhar do fotógrafo.

O registro imagético pode ser capaz de provocar novas sensações, produzir a subjetividade própria do olhar e contextualizar o momento imortalizado (MONTEIRO, 1998). Farache (2006) destaca que a experiência estética é passível de surgir do cotidiano e que esta não seria um elemento próprio apenas das obras de arte, mas um tipo de relação humana. Portanto, o registro fotográfico possibilita a capacidade de interpretar essas relações e de criar novos ângulos interpretativos sobre a mesma imagem.

Essa imagem que se constitui na mente passeia para a câmera, mas também se verbaliza, na forma de metáforas. Seja qual for a sua forma (verbal, material, psíquica), todas as referências imaginárias que utilizamos para dar conta de explicar o mundo estão embasadas em imagens. “O visual é, assim, referência tanto para as imagens que nos atravessam como para as que nos envolvem, e também para as que construímos”. Porém, essa imagem nunca é simplesmente o que é visto, sendo necessário que dialetizemos o que vemos nela e o que pode nos olhar nela (BUENO, 2000).

Se o mundo que apreendemos é um mundo de imagens, isso não quer dizer que quem as vê é o olho. Quem vê as imagens é o “eu”, que vai desde o eu que percebe e toma para si, a seu modo, a imagem, ao mundo percebido. Esse “eu” desconhece que ele faz parte da imagem assim como ela faz parte dele, ou seja, a imagem é o que é produzido pelo eu, mas que, ao mesmo tempo, o produz (BUENO, 2000).

A fotografia é a materialização e o discurso de um olhar sobre um espaço de tempo que jamais vemos na realidade, pois o nosso olho não consegue alcançá-la olhando diretamente (ACHUTTI, 2011b). As imagens estão carregadas da nossa subjetividade, cada obra de arte constituída é composta de muitas coisas além do autor e, conforme nos traz Hauser (1984), ela não quer representar, quer persuadir, convidar os corpos para experimentá-la de forma sensível. Ela é uma solicitação ao espectador, não uma simples expressão. Aumont (2012) coloca que o olho não é um instrumento neutro, que apenas transmite os dados tão fielmente quanto possível, mas um dos responsáveis pelo encontro do cérebro com o mundo, considerando-se, assim, o sujeito que utiliza o olho para olhar uma imagem. Fernandes (2011) cita os elementos envolvidos na mediação da relação do sujeito com a imagem: a capacidade perceptiva, o saber, os afetos, e as crenças, que, por sua vez, estão vinculados a um período da história (a uma classe social, a uma época, a uma cultura).

A fotografia é resultado, inicialmente, de um processo de envolvimento entre um sujeito (o fotógrafo) e o mundo, mediado por um aparelho (COSTA; MAUTONE, 2009). Isso permite que o fotógrafo articule o mundo de forma semelhante a da linguagem, falando sobre o mundo por meio de símbolos. Assim, a apreensão de uma mesma fotografia se dá de duas maneiras: a foto do fotógrafo e a foto do espectador. A primeira é constituída pela informação contida na foto, sinais objetivos, um campo codificado intencionalmente; a segunda, pelo acaso, associações subjetivas, um objeto parcial de desejo, não codificado, não intencional (AUMONT, 2012).

Ainda há um afastamento do uso da fotografia em pesquisa e nas produções acadêmicas por parte de teóricos. Os sociólogos tentaram afirmar a cientificidade da disciplina distanciando-se da imagem documental, enquanto a antropologia passou a utilizá-la como instrumento auxiliar de um discurso verbal, relegando-a a um papel secundário, como se uma imagem isolada, fora do texto, não pudesse ter sentido. Assim, de uma forma geral, a imagem é publicada com algum texto, seja uma legenda ou uma análise, explicitando e delimitando o que deve ser visto. Tornando a foto muda de sua própria voz, enquadrada pelo texto (SOUTY, 2011).

Souty (2011) nos traz, ainda, que essa é uma estratégia utilizada para afastar a dimensão estética, sensível e subjetiva da foto, reduzindo ou invalidando sua capacidade de revelar outras coisas. Ela é utilizada, comumente, apenas para legitimar o texto, constituindo-se em prova do trabalho de campo e reforçando a autoridade do autor. Pierre Verger, ao contrário, dava total autonomia à imagem em suas obras etnográficas, pois dizia que ela bastava em si mesma. A imagem não serve apenas para ajudar a pensar ou para substituir a escrita, pois ela funciona em outro registro, demonstrando sem explicar.

É preciso restituir o potencial narrativo da imagem fotográfica, na composição de textos visuais, como um recurso para falar da realidade. Essa narrativa visual teria como uma de suas características a de se oferecer como escrita, construção das construções dos outros, aos esforços interpretativos do leitor/espectador. Na antropologia visual, se utiliza dois níveis de abordagens da realidade: a escrita e a imagem, sendo que cada uma delas contribui com a sua especificidade, formas de saber ver e de saber dizer melhor, fazendo pensar por meio das imagens (ACHUTTI, 2004). Moura (2001) corrobora essa afirmação dizendo que imagem e texto são inconciliáveis quando misturados em uma produção, pois são sistemas diferentes de aquisição de informações para reflexão. Assim, cada vez que se passa de um para outro, há uma dispersão da atenção do leitor.

Fotografia e Cooperação: Diálogos Possíveis e Necessários Mediados pela Perspectiva da Saúde Coletiva

A partir dos vários elementos indicados anteriormente, pode-se destacar que, para o processo de desenvolvimento de um projeto de cooperação internacional ser bem sucedido, é necessária uma aproximação simbólica e sensível entre os países cooperantes. Um processo de troca e compreensão histórica e cultural que cria o ambiente para o desenvolvimento de uma aprendizagem mútua e a partir do cotidiano, do conhecimento local. Esses princípios garantiriam a implementação real e a sustentabilidade dos projetos.

Isto fundamenta a escolha pela fotografia como linguagem de arte para este trabalho. Esta oferece a possibilidade de comunicar sobre os elementos sociais e culturais dos grupos humanos e aproximar dos elementos simbólicos (ACHUTTI, 1997) e sensíveis que foram destacados como essenciais para a cooperação em saúde e que seriam base da análise de situação de saúde e objeto da atuação do sanitário.

Pierre Verger foi um conhecido fotógrafo que costumava bater suas fotos de forma desprevenida, sem muita atenção à geometria da imagem ou à composição das formas, com o objetivo de registrar a vida humana e suas manifestações improvisadas. Estas eram capturadas no momento em que sua sensibilidade de fotógrafo mandava. Seu processo de criação estava embasado no pensamento de que as raízes da imagem estavam no inconsciente, e praticava a fotografia como uma técnica passiva, não atrelada à consciência intencional. Nas suas fotografias, não há comédia nem tragédia, mesmo tendo trabalhado em situações nas quais se deparou com miséria, segregação racial e dominação colonial (SOUTY, 2011).

Dizia ele:

Sejam sinceros, a etnografia me interessa apenas modernamente. Não gosto de estudar as pessoas como se fossem coleópteros ou plantas exóticas. O que gosto, quando viajo, é de viver com as pessoas e vê-las viver de forma diferente da minha, porque estou interessado por aquilo que não sou eu, ou por aquilo que eu sou nos outros. (VERGER, 1991, p. 171)

Imbuído de uma missão de mensageiro cultural e sentimental entre a África, o Brasil e as Antilhas (Cuba, Haiti e Trinidad), Verger utilizava suas fotografias como facilitadoras do contato humano,

construindo a aproximação com o simbólico que foi colocada como importante anteriormente. Mostrava, trocava e compartilhava as fotografias, procurando estabelecer laços e aproximar simbolicamente africanos e membros da diáspora, membros de uma mesma família cultural. Uma dessas experiências de uso da fotografia para criação de laços aconteceu no Haiti, em 1948, quando Métraux recebeu pelo correio de Verger fotografias de cerimônias de candomblé na Bahia e as mostrou para um pintor, de forte cultura vodu, Hyppolite, e a *mambo* Lorgina. Esta experiência é descrita por Souty (2011), em sua biografia sobre Verger:

Mostro a Hyppolite as fotos de Verger. [...] Ele identifica, sem pestanejar, os loas dos indivíduos fotografados. Descobre uma série de paralelos com o Haiti que me escaparam, em especial o lenço amarrado em torno da cintura dos possuídos. Hyppolite fica muito feliz em reencontrar sua querida sereia. [...] Lorgina é fã das fotografias de Verger. Chega a beijar o retrato de uma mulher, que declara ser uma mambo. Examina os mínimos detalhes, que interpreta a sua maneira (SOUTY, 2011, p. 62).

Uma fotografia é um recorte visual de algo que já está, em alguma medida, no passado, mas que mantém a capacidade de suscitar múltiplas possibilidades de leitura. Essa natureza recortada, fragmentária, faz com que a fotografia permita reavaliar uma realidade, produzindo novas informações/conhecimentos/sensações. “A fotografia lida – o tempo todo – com o corriqueiro e o preexistente, comprometida com a constante reinvenção dos espaços e com a construção de uma poética do banal” (HUMBERTO, 2000). Este resgate da banalidade dá outro significado, podendo servir de síntese indicativa de uma realidade muito mais complexa.

A utilidade maior da fotografia, segundo Achutti (2011c), seria ilustrar as relações humanas e permitir ao homem compreender outros homens. Trata-se, portanto, de incluir os modos de vida e as práticas que se produzem a partir das mudanças no olhar e dos pontos de vista oferecidos pela câmera fotográfica (FLUSSER, 2002 apud TITTONI, 2009).

O Haiti proclama sua independência em 1804, sendo o primeiro país latino-americano a conquistá-la, junto com a abolição da escravidão. Isso fez do Haiti a primeira república negra do mundo, sendo que, na época, com as altas taxas de mortalidade ocasionadas pelo trabalho escravo, possivelmente a maioria dos escravos presentes no Haiti havia nascido na África. Havia um mundo simbólico e de crenças que os aproximava, mesmo com diferentes nacionalidades e etnias, que foi reproduzido na América pelas suas práticas culturais e religiosas, o Vodu. Uma cerimônia vodu que marca a história do país e a revolução é a *Bwa Kayiman* ou *Bois Caiman*, de agosto de 1791, na qual os presentes comprometeram-se na luta pela liberdade frente a uma manifestação de um espírito (SOARES; SILVA, 2006). Essas e outras histórias carregadas de simbolismo remontam a história do país.

Na ocasião do terremoto de 2010, houve uma intensa cobertura midiática, mas esta focou no sofrimento das perdas causadas em um país já muito pobre e vulnerável e na necessidade de ajuda internacional. O que não é mostrado é a produção de vida inventiva do povo haitiano, a força de sua cultura vodu. Marques (2012) coloca que no Haiti há “um colorido que se levanta altivo, uma vida que se apoia na sua estetização, que se faz bonita, vibrante e cheia de emoções compartilhadas nesses espaços comumente associados à degradação”. As imagens deste trabalho podem restituir a voz deste simbolismo tão forte no país.

Desenvolvimento

O presente trabalho foi elaborado a partir de um estudo fotoetnográfico qualitativo dos registros fotográficos, do período de 2011 a 2013, de um programa de desenvolvimento de cooperação internacional em saúde, intitulado “Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação na Saúde”. A etnografia consiste no esforço de realizar uma pesquisa interpretativa, buscando uma composição

que mostre a singularidade cultural de determinado grupo social ou de subgrupos que vivem em diferentes sociedades. Portanto a tarefa do etnógrafo é a de investigar um quadro de práticas, crenças e valores culturais que são estranhos para nós, implicando a experimentação da diversidade para poder penetrar na essência de tal realidade cultural. Uma narrativa fotoetnográfica, por sua vez, deve montar uma sequência de informações visuais a partir de fotografias que tenham relação entre si (ACHUTTI, 1997; ACHUTTI, 2004).

As fotografias selecionadas não devem apresentar textos intercalados para não desviar a atenção de quem vê. Se houver textos, devem ser oferecidos separados das imagens, antes delas, buscando conservar o potencial de cada linguagem. Esta forma de narrativa não deve se sobrepôr a outras formas de narrativa, sendo utilizada em sua especificidade, pois um conjunto de fotografias é de degustação lenta, sendo necessário dar tempo para se deixar tocar pelas imagens (ACHUTTI, 2004).

Assim, o produto final será um livro de fotografias autorais, construído a partir de imagens selecionadas por expressarem elementos importantes para a análise de situação de saúde no contexto do país, fundamentais para os processos de construção e implementação do programa e a cooperação internacional em saúde. A escolha do formato livro se dá a partir da possibilidade de elaboração de uma identidade visual da publicação, bem como da liberdade de difundi-lo virtualmente, em formato pdf, ampliando o acesso à produção.

A tentativa de estabelecer um percurso narrativo preserva a noção de que as fotografias devem possuir relação entre si, porém o percurso previsto na construção do livro não pretende narrar um acontecimento específico no Haiti. A ideia é aproximar o espectador de diferentes aspectos culturais do país, pretendendo promover não apenas uma aproximação simbólica capaz de representar os haitianos, mas sensorial, capaz de apresentar os haitianos. Assim, estão fotografados os haitianos em seu cotidiano, as artes, o vodu e as belezas do país. Para este trabalho foram escolhidas nove fotografias dentre as que farão parte do livro final. Cabe destacar que as fotos escolhidas são de própria autoria e, portanto, não necessitam da autorização de terceiros para o uso das imagens. Os nomes e identidades dos fotografados foram preservados.

As Fotografias: Aproximações com o Haiti que Eu Vi

Os antigos escravos derrotaram os colonos brancos, espanhóis ou franceses, e conquistaram então a liberdade. (...) Homens negros, antes escravos, eram, então, deputados do Parlamento francês; homens negros, antes escravos, negociavam com o Governo francês e com governantes estrangeiros; homens negros, antes escravos, preenchiam os mais altos postos da colônia. Havia Toussaint, antes escravo, incredivelmente grandioso, poderoso e de longe o maior homem de São Domingos. Não era preciso ter vergonha de ser negro.

Os jacobinos negros - Toussaint L'Ouverture e a revolução de São Domingos. (James, 2001, p. 224)











“Pati pàs di ou rivé pou ça”
 “Só porque você partiu não quer dizer que tenha chegado”
 (ditado popular haitiano)

Referências

- ACHUTTI, L. E. R. *Fotoetnografia: Um estudo de Antropologia Visual sobre cotidiano, lixo e trabalho*. Porto Alegre: Palmarinca, 1997.
- ACHUTTI, L. E. R. *Fotoetnografia da Biblioteca Jardim*. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Tomo Editorial, 2004.
- ACHUTTI, L. E. R. Arthur Bispo do Rosário: divagações sobre bordados e fotografias. In: DEPARTAMENTO DE DIFUSÃO CULTURAL DA UFRGS (DDC/UFRGS) (Org.). *Projeto percurso do artista: Achutti*. Porto Alegre: UFRGS, 2011a.
- ACHUTTI, L. E. R. A Universidade da Fotografia. In: DEPARTAMENTO DE DIFUSÃO CULTURAL DA UFRGS (DDC/UFRGS) (Org.). *Projeto percurso do artista: Achutti*. Porto Alegre: UFRGS, 2011b.
- ACHUTTI, L. E. R. O menino da foto. In: DEPARTAMENTO DE DIFUSÃO CULTURAL DA UFRGS (DDC/UFRGS) (Org.). *Projeto percurso do artista: Achutti*. Porto Alegre: UFRGS, 2011c.
- ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.
- AUMONT, J. *A imagem*. Campinas, SP: Papirus, 2012.
- BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):11-16, 2005.
- BUENO, C. M. O. Imagens da Imagem. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). *Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2000.

- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6): 1575-1589, 2007.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.93-105, mar., 2010.
- BUSS, P. M.; LEAL, M. C. Editorial: Saúde global e diplomacia da saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(12): 2540-2541, dez, 2009.
- CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Boletim da Saúde*. v.16, p. 9 - 38, 2002.
- COSTA, A. B.; MAUTONE, G. As imagens e as coisas: fotografia e produção de conhecimento. In: TITTONI, J. (Org.). *Psicologia e fotografia: experiências em intervenções fotográficas*. Porto Alegre: Dom Quixote, 2009.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: editora 34, 1992.
- DIAS, R. A vida como vontade criadora: por uma visão trágica da existência. In: FONSECA, T. M. G. & ENGELMAN, S. (org.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
- FARACHE, A. Fotografia e Experiência Estética. Estudo de caso sobre a superação do efêmero no fotojornalismo contemporâneo. *UNIrevista*. Vol. 1, n° 3: julho 2006.
- FERLA, A. A. *Clinica em Movimento: Cartografia do Cuidado em Saúde*. Caxias do Sul: Educus, 2007.
- FERNANDES, M. Revelações. In: DEPARTAMENTO DE DIFUSÃO CULTURAL DA UFRGS (DDC/ UFRGS) (Org.). *Projeto percurso do artista: Achutti*. Porto Alegre: UFRGS, 2011.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Medicina Social*. In: *Microfísica do Poder*. 2 edição, Edições Gral, Rio de Janeiro, 1981.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- HAUSER, A. *A arte e a sociedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1984.
- HUMBERTO, L. *Fotografia, a poética do banal*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.
- JAMES, C. L. R. *Os jacobinos negros - Toussaint L'Ouverture e a revolução de São Domingos*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.
- LÉVY, P. *O que é o virtual?* São Paulo: editora 34, 1996.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma História em Três Dimensões. In: FINKELMAN, J. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- LOSADA, T. *A interpretação da imagem: subsídios para o ensino de arte*. Rio de Janeiro: Mauad X/FAPERJ, 2011.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MAIA, C. L. S. Adoção Internacional: Alternativa Viável ou Exportação de Problemas? – Uma Interpretação do Caso do Haiti no Pós-terremoto. *Revista Acadêmica de Relações Internacionais*, v.1, n.2, nov/fev.2011.
- MARQUES, P. M. Outras Estórias Haitianas: educação, resistência e esperança no mais desconhecido dos países latino-americanos. *REBELA*, v. 2, n. 1, jun. 2012.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001.

- MONTEIRO, M. B. Um ensaio sobre o momento da fotografia, suas relações com a comunicação globalizada e sua atual configuração acadêmica na UFRGS. *Revista da Extensão – PROREXT – UFRGS*, vol. 1, p. 40-50, jan-jun, 1998.
- MOURA, E. P. *50 anos luz, câmera e ação*. 2ª ed. — São Paulo: Editora SENAC, 2001.
- NAFFAH NETO, A. *Outr’em-mim: ensaios, crônicas, entrevistas*. São Paulo: Plexus Editora, 1998.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Nações Unidas: Declaração do Milênio*. 2000. Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: 08/01/2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: www.un.org. Acesso em: 08/01/2013.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Salud en las Américas: Haiti*. Volumen II – Países, 2012.
- QUARANTA, I. Da comunicação da informação à produção do significado como estratégia para promoção do direito da saúde. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.
- RAUTER, C. A memória como campo intensivo: algumas direções a partir de Deleuze, Nietzsche e Proust. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (org.). *Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2000.
- ROLNIK, S. Novas Figuras do Caos – Mutações da Subjetividade Contemporânea. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (org.). *Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2000.
- ROLNIK, S. Subjetividade em obra: Lygia Clark, artista contemporânea. In: LINS, D.; GADELHA, S. (Org.). *Nietzsche e Deleuze: Que pode o corpo*. Rio de Janeiro: Relume Dumarã, 2002.
- ROSA, R. M. Haiti e os projetos de desenvolvimento: entre o isolamento e a ocidentalização. In: *III Seminário Brasil-Noruega sobre paz e reconciliação*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.
- SOARES, A. L.; SILVA, E. B. A revolução do Haiti: um estudo de caso (1791-1804). *Revista Ameríndia*, ano 1, vol. 1, 2006.
- SOUTY, J. *Pierre Fatumbi Verger: do olhar livre ao conhecimento iniciático*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.
- TITTONI, J. *Fotografia e Psicologia*. In: TITTONI, J. (org.). *Psicologia e fotografia: experiências em intervenções fotográficas*. Porto Alegre: Dom Quixote, 2009.
- VERENHITACH, G. D. et al. *O Brasil e a Cooperação Triangular Sul-Sul para o Desenvolvimento: o Caso do Haiti*. 2007. Disponível em: <http://www.santiagodantassp.locaweb.com.br/br/simp/artigos/verenhitach.pdf>. Acesso em: 20/11/2012.
- VERGER, P. F. In: GARRIGUES, E. (org.). *Ethnographie et photographie*, v. 87, nº 1, 1991.

POSSIBILIDADES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE/RS



Diego Menger Cezar¹
Ingrid Neumann Basler²
Marilise Oliveira Mesquita³
Iara Elisabeth Gralha Schild⁴
Márcio Neres⁵

Resumo: Este artigo relata o estágio curricular de dois graduandos do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no período de março a julho de 2013, explorando as possibilidades de promoção e educação em saúde com os usuários do Sistema Único de Saúde neste serviço. Durante o artigo, são descritos a elaboração do Plano de Estágio, a descrição crítica-reflexiva das atividades a campo, os comentários quanto ao aprendizado proporcionado, e as considerações acerca da contribuição do estágio ao campo de formação em saúde coletiva. Pode-se afirmar que, mesmo em um serviço que tradicionalmente executa práticas centradas na biologia da saúde e da doença, pode ser realizado um significativo trabalho de educação e promoção à saúde com os usuários. O serviço de emergência pode ser visto como um campo de atuação do sanitarista: no contato com os usuários na sala de espera, orientando sobre os serviços mais adequados, na informação sobre a rede de serviços e as vantagens de se vincular às suas unidades de referência, no compartilhamento de saberes sobre a melhor manutenção da saúde em condições crônicas, com orientações pós-alta, ou ainda colaborando para a análise crítica dos usuários frente às suas condições de saúde. Uma das grandes contribuições do estágio foi a intensa prática da escuta aos usuários, realizada em conjunto com o serviço social. Tanto no processo de acolhimento quanto na assistência e orientação, praticar a escuta e o diálogo é fundamental para que se possa pensar em ações que beneficiem usuários de serviços de emergência. A possibilidade do contato frequente e intenso com usuários e a oportunidade de identificar as suas necessidades foi essencial para conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Emergência hospitalar; Saúde Coletiva; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Vigilância em Saúde.

Introdução

Previsto como atividade de formação essencial para a graduação, o estágio para o aluno do Bacharelado em Saúde Coletiva é o momento que propicia ao acadêmico aprimorar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da graduação. Neste processo, o graduando se

1 Graduado no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente Administrativo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: diegomcezar@gmail.com

2 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente Administrativa no Hospital Moinhos de Vento. Email: ingrid_ingridb@hotmail.com

3 Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atua no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Email: marilise.mesquita@ufrgs.br

4 Assistente Social do setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS.

5 Enfermeiro, Assistente de Coordenação do Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS. Email: nmarcio@ghc.com.br

reconhece como agente ativo e adquire experiências e capacidades que serão fundamentais para sua atuação profissional.

Compõe-se o presente artigo da apresentação do cenário de desenvolvimento das competências e habilidades em saúde coletiva, previstas pelo projeto pedagógico do curso de graduação; apresentação do Plano de Estágio e sua elaboração; descrição das atividades de campo; comentários quanto ao aprendizado proporcionado pela oportunidade; considerações acerca da contribuição do estágio ao campo e formação. O período do estágio foi de março a julho de 2013, na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

O Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição

O GHC é um complexo hospitalar localizado na cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), vinculado ao Ministério da Saúde. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, doze postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

Ao todo, dispõe de 1.564 leitos (GHC, 2013), incluindo Unidades de Tratamento Intensivo e emergência. O GHC possui leitos de retaguarda no Hospital Universitário (HU) de Canoas, para onde são transferidos uma parcela dos usuários internados na emergência do HNSC. Tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a função social.

O Serviço de Emergência é vinculado diretamente à Gerência de Pacientes Externos do HNSC. Atualmente, conta com uma coordenação que é composta por um médico e um enfermeiro. Além disso, conta com supervisores assistenciais nos diferentes turnos de trabalho.

O quadro de trabalhadores, no primeiro semestre de 2013, contava com os seguintes profissionais: 30 clínicos contratados, 8 ginecologistas, 11 cirurgiões gerais, 49 enfermeiros e 174 técnicos e auxiliares de enfermagem, 5 assistentes sociais, 21 auxiliares administrativos, 5 fisioterapeutas e 1 nutricionista. Além disso, conta com profissionais dos serviços de apoio da equipe de higienização, apoio ao diagnóstico e terapia e segurança física.

Referente à área física da Emergência, esta segue a seguinte organização: recepção para identificação do usuário, três salas de classificação de risco, sala de espera Área Azul/Verde, cinco consultórios clínicos, um consultório cirúrgico, um consultório ginecológico, duas salas de procedimentos, e uma sala de medicação/inalação. Na Área Laranja há dezesseis leitos de observação com monitorização e dois plantonistas clínicos. Na Área Vermelha, cinco leitos de terapia intensiva, um box de estabilização com desfibrilador, monitorização e respirador, e um plantonista clínico. Conta ainda com sala de atendimento do Serviço Social e três Assistentes Sociais.

O Serviço Social do Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Serviço Social surgiu no início do ano de 1994, como parte integrante na assistência e cuidado do usuário que acessa o Serviço de Emergência do HNSC e a proposta de uma maior atenção no processo de acolhimento e cuidado das pessoas. Neste sentido, a Assistência Social do Serviço de Emergência do HNSC vem, desde sua criação até os dias atuais, atuando de forma a democratizar as informações e viabilizando o acesso aos serviços, programas e políticas sociais, tanto da instituição, quanto nos serviços de outras instituições aos quais os usuários possam se beneficiar. Neste processo de “encaminhamento”, o Assistente Social deste serviço procura sempre

esclarecer à população usuária sobre o trabalho desenvolvido pelo profissional resguardando o sigilo profissional que lhe é garantido. Para que seja assegurada a prestação de serviços e a garantia de acesso à população, o Serviço Social da Emergência do HNSC conta com Assistentes Sociais nos três turnos no dia, trabalhando em uma sala localizada no andar térreo do HNSC, com facilidade de acesso, visto que está inserida no contexto do Serviço da Emergência.

O Desenvolvimento do Estágio do Graduando em Saúde Coletiva na Emergência de um Hospital de Referência para o Sistema Único de Saúde

O Plano de Estágio foi elaborado inicialmente pelos estagiários, sendo em seguida pactuado coletivamente entre professor orientador e supervisores. O processo envolveu conversas entre professor orientador e estudantes, e posteriormente entre estagiários e supervisor de campo. As atividades propostas foram listadas em documento entregue na Gerência de Ensino e Pesquisa da Escola GHC, conforme seguem: explorar o ambiente da emergência hospitalar, realizando uma análise crítica do perfil dos usuários que buscam atendimento e suas necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, segundo aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais; acompanhar a dinâmica do acolhimento e classificação de risco, coletando informações complementares sobre a situação de saúde dos usuários e aspectos relacionados ao acesso a rede de atenção básica; orientar usuários da emergência sobre o que são casos de emergência e sobre a rede de atendimento disponível; acompanhar os pacientes internados nos leitos de retaguarda da emergência, buscando conhecer os caminhos percorridos até a internação; buscar informações junto ao serviço social, referentes à atuação perante casos de vulnerabilidade social e a rede de assistência social disponível; promover a educação em saúde aos usuários; colaborar com a dinâmica do trabalho institucional, reconhecendo o sanitarista como agente crítico e ativo desse processo e auxiliando sempre que necessário; realizar atividades que envolvam sistemas de informação em saúde; refletir e avaliar, a partir do trabalhado durante o curso, as possíveis intervenções que podem ser realizadas, a fim de reconhecer os efeitos que podem ser produzidos, conectando o saber com a prática desenvolvida durante o estágio; executar e participar de atividades propostas pelo supervisor do estágio curricular.

A primeira semana de estágio foi o momento de reconhecimento do campo e ambientação quanto à dinâmica do processo de trabalho do Serviço de Emergência. Foram feitos relatos, a cargo da enfermeira responsável pelo plantão noturno, sobre o trabalho da emergência, demonstração da área física e divisão do espaço, apresentação do protocolo de Manchester, acolhimento e classificação de risco, funcionamento da regulação dos leitos e atuação do Serviço Social.

Nas primeiras semanas de estágio, nos sentimos um pouco deslocados a respeito de nossas atividades e *da inserção como promotores de saúde* e colaboradores em algum processo de trabalho. Porém, vimos que a aproximação com o Serviço Social poderia ser um fator que ajudaria nessa ambientação no Serviço de Emergência. Logo no primeiro dia, depois de alguns minutos de apresentação do trabalho do Serviço Social, um primeiro atendimento deu a dimensão da importância da atuação do serviço social na emergência do hospital. Três meninas em situação de vulnerabilidade social e sem saber o que havia acontecido com sua mãe, que falecera há poucas horas, buscaram atendimento neste serviço. Depois de acolhimento e conversa para que fosse entendido o contexto familiar e em quais situações aquelas três meninas ali se encontravam, a assistente social Monique explicou que a mãe delas falecera e deveria ser velada, perguntou sobre a situação financeira, e a conversa parecia cada vez mais difícil. Enfim, Monique explicou todo o caminho que elas deveriam seguir e, ao saírem, a impressão que ficamos foi a total vulnerabilidade destas meninas. A partir disso, foi consenso que atuar em conjunto com o Serviço Social seria uma oportunidade de ter contato próximo com os usuários e suas mais diversas demandas.

Em paralelo, acompanhamos o processo de *Acolhimento e Classificação de Risco*. Por ser a porta de entrada do serviço, foi possível identificar a grande demanda dos usuários e a dificuldade do serviço em dar conta desta. No decorrer do estágio foi possível compartilhar experiências com diversos profissionais, principalmente técnicos e enfermeiros. Esta convivência permitiu a identificação de aspectos da organização do trabalho, das dificuldades dos trabalhadores, das relações de trabalho, e as diferenças de percepção dos profissionais quanto à ótica do acolhimento e classificação de risco.

O acolhimento inicial é feito pelos profissionais administrativos, que identificam o usuário e o incluem na lista de espera da *classificação de risco*. Essa lista é acompanhada pelas enfermeiras dentro dos consultórios que se localizam no saguão da Emergência. Cada consultório possui um técnico de enfermagem que atende o usuário e registra seus sinais vitais, e um enfermeiro que faz a entrevista de classificação de risco. De acordo com estas informações e sinais vitais, este usuário é classificado conforme a sua gravidade e a necessidade de atendimento imediato ou não. Com a prática da classificação de risco, o atendimento passou a dar prioridade para os casos mais graves, indicado por cores: Vermelho para as urgências, preferencialmente reguladas, isto é encaminhadas pelo SAMU e muitas vezes com contato prévio, com atendimento imediato na sala de emergência/estabilização; Laranja para urgências, atendimento mais rápido o possível em até 10 minutos; Amarelo: risco de vida presumido com atendimento priorizado em até 60 minutos; Verde para atendimentos não urgentes; e Azul para casos de não urgência/emergência, atendimento por ordem de chegada ou possível encaminhamento para a atenção básica ou unidade de pronto atendimento (UPA).

Acompanhando o processo de acolhimento e classificação de risco, foi possível identificar alguns aspectos que pertencem a esta dinâmica de atendimento e merecem destaque, como exemplos de diferenças nos procedimentos de acolhimento entre diferentes profissionais. Algumas vezes foi possível identificar que o profissional não fica somente preso ao protocolo, utilizando sua sensibilidade e percepção para identificar a melhor classificação para o usuário. Como a demanda neste serviço é alta, não é possível o acolhimento de todos os casos, porém muitas vezes o enfermeiro, ao identificar que o usuário já havia percorrido diversas unidades do sistema de saúde sem sucesso, o classificava e acolhia para que fosse atendido, mesmo sua queixa não se enquadrando no mínimo necessário para o acolhimento. O mesmo acontecia com queixas de idosos e crianças. Muitos foram os relatos de profissionais que se sensibilizavam com os usuários e os acolhiam na emergência. Há a determinação que todo idoso deve ser acolhido em sua primeira vez na emergência, mesmo não tendo queixas pertinentes a este serviço.

Outra situação que acompanha o processo de trabalho na classificação de risco é a falta de respaldo perante a atuação do enfermeiro na classificação e reorientação do usuário dentro do sistema de saúde. Não foram poucos os relatos de profissionais de enfermagem que se sentiam inseguros ao classificar um usuário e encaminhá-lo a outro serviço. Relatos como “se eu decido não acolher o usuário e o oriento para procurar a UPA, e neste meio tempo algo acontece a ele, não temos respaldo nenhum do nosso conselho de classe” foram frequentes.

Na classificação de risco foi possível ter um contato inicial com os usuários e suas principais demandas de atendimento. Sempre que pertinente, os alunos em estágio atuavam em conjunto com a equipe, fazendo perguntas acerca da situação de saúde do usuário e sua percepção e utilização do sistema de saúde. Muitos foram os relatos de *dificuldade de acesso à rede de atenção básica*, como, por exemplo, encaminhamentos de pacientes de municípios vizinhos que não possuem uma maior cobertura de atenção primária. Também foram frequentes os relatos de experiências anteriores bem-sucedidas no hospital, que fazem com que o usuário se sinta mais seguro ao procurar atendimento em um local onde sabe que terá acesso a uma maior oportunidade de procedimentos.

Algumas questões surgiram quando acompanhamos o processo de acolhimento e classificação de risco. A equipe de profissionais parecia não entender direito como um acadêmico de Saúde Coletiva poderia atuar em conjunto na atividade de classificação de risco. Explicamos que estávamos lá como observadores, que para um profissional poder efetivar uma prática de promoção de saúde o ambiente nem sempre é um fator determinante, e que a emergência tem suas potencialidades no que diz respeito à promoção de saúde. Por outro lado, a classificação de risco é um momento em que o paciente não está em sua melhor condição física e, desta forma, não nos sentimos muito seguros para sugerir alguma conduta que pudesse ajudá-los (tanto à equipe, quanto ao paciente).

Após a classificação, o usuário aguarda a chamada pelo nome para o atendimento em um dos cinco consultórios. Terminada a consulta médica, o atendimento poderá ter vários desfechos. O usuário pode ser liberado, encaminhado para a sala de medicação, observação ou encaminhado à sala de monitorização. Na sala de observação “Verde”, aguardam os pacientes que precisam realizar alguns exames simples ou receber alguma medicação, mas estão com uma condição clínica estável. Neste setor, os usuários permanecem sentados ou deitados em cadeiras, independente do tempo de espera. Eles também podem ser encaminhados para a sala de observação “Laranja”, se estão em uma situação clínica que requer mais atenção. Nesta sala, os usuários dispõem de macas para sua acomodação e equipamentos de monitorização. Os usuários com uma condição de saúde mais grave são encaminhados à sala “Vermelha”, semelhante a uma unidade de terapia intensiva.

No período de estágio, uma situação frequente foi a *lotação do serviço de emergência*. Com a reforma da sala Verde, o espaço foi reduzido e muitos pacientes tinham que aguardar atendimento nos corredores. Após algumas semanas observando e participando do processo de acolhimento e classificação de risco, sentimos que já era o momento de acompanhar algum paciente em seu atendimento no Serviço de Emergência. Neste momento, o Serviço Social foi parte fundamental no apoio ao processo de acompanhamento e análise do perfil do paciente da emergência.

Parte importante do atendimento dentro da emergência é a *atuação do Serviço Social*, que é fundamental em diversas situações complexas que se apresentam neste serviço. Em todo o período de estágio atuamos em conjunto com a assistente social Iara Schild, realizando diversas atividades e estando em contato direto com usuários e a rede assistencial. Foi possível conhecer a gama de programas e rede de serviços de Assistência Social e Previdência disponíveis.

O Serviço Social é responsável pela manutenção do cadastro do paciente enquanto ele está em atendimento na emergência. Todos os casos de usuários atendidos que não possuem acompanhante cadastrado ou telefones de contato em seu prontuário são repassados para o serviço, que faz a *busca ativa* de familiares que possam ficar responsáveis em caso de necessidade de contato.

Durante nosso trabalho junto ao Serviço Social, acompanhávamos a revisão diária da lista de pacientes em atendimento na emergência. Eram analisados os dados do prontuário e verificados os motivos da busca de atendimento. Normalmente procurávamos entrevistar pacientes que estavam na emergência e que acessaram o serviço por outra porta de entrada; possivelmente, se aquele usuário estivesse em acompanhamento na sua UBS de referência, talvez seu agravo não tivesse se tornado um caso de emergência.

Outro ponto importante que deve ser levado em conta é o ambiente em que estávamos inseridos para realização das entrevistas. Na maioria das vezes, entrevistávamos pacientes que já estavam nos leitos de retaguarda da emergência. Esta preferência se deu porque a aproximação com os pacientes que estavam nos leitos se dava de forma mais espontânea, tínhamos mais tempo e eles pareciam mais a vontade em compartilhar seus problemas sem que houvesse muitas pessoas ouvindo.

O contato com os pacientes já internados nos leitos da emergência possibilitou uma maior aproximação e atuação de educação e promoção da saúde, como previa o plano de estágio. Por

meio de uma conversa, e principalmente da escuta com usuários e acompanhantes, foi possível conhecer as *histórias de saúde-doença*, dificuldades em acesso ao sistema de saúde e adesão a tratamentos, além da vulnerabilidade social que é presente em parte dos usuários deste serviço. Identificamos aqui uma ótima oportunidade de realização de outras atividades, como orientações pós-alta, onde o usuário recebe um material informativo de referência para seu tratamento após a internação. Porém, como o processo de alta é dinâmico, não era possível acompanhá-lo sistematicamente, ficando essa proposta resumida apenas à orientação quando identificada a previsão de alta dos pacientes acompanhados.

É de responsabilidade do Serviço Social a investigação de suspeitas e/ou confirmação de violência, negligência, maus tratos e tentativa de suicídio. Durante o estágio foi possível acompanhar alguns casos de denúncias dessas situações por parte de usuários, muitas vezes institucionalizados ou em cuidado domiciliar, que acabaram se transformando em notificação. Sob essa ótica, foi realizado na semana do Dia Internacional da Mulher uma ação de promoção e educação da saúde chamada *Caminhos para a Proteção: Circulando pela rede de atendimento às mulheres vítimas de violência*, onde foram distribuídos kits com materiais informativos da Lei Maria da Penha e orientações sobre como denunciar esses atos.

Uma característica da emergência do HNSC é a frequente procura de atendimento por *peessoas em situação de rua*. Grande parcela destes usuários são portadores de doenças crônicas, HIV, tuberculose e usuários de substâncias psicoativas (SPA), tendo dificuldades de adesão aos tratamentos. Essa situação, combinada com a quebra de laços familiares, dificulta a atuação do serviço social, pois muitas vezes este usuário não possui identificação e vínculo familiar, não sendo possível acionar nenhum familiar para acompanhar a internação ou no momento da alta. Nessas situações, são investigados os vínculos das pessoas em situação de rua com a UBS na qual este usuário é cadastrado e onde ele faz o seu tratamento, para verificar se o mesmo tem comparecido e retirado para uso os medicamentos necessários. Outra situação frequentemente implicada na atuação do Serviço Social nos casos de pessoas em situação de rua é a de usuários sem identificação e nenhum documento ou contato. Devido à sua condição de saúde, muitas vezes os usuários em situação de rua chegam à emergência em estado crítico, o que impossibilita qualquer tentativa de elucidação de sua história. Cabe ao Serviço Social a função de solicitar identificação ao Instituto Geral de Perícias (IGP) e a tentativa de localização de algum familiar.

Durante o estágio, foi possível ter contato com os sistemas informatizados do HNSC, realizando consultorias, verificando prontuários e tendo acesso a alguns dados que auxiliaram na construção de indicadores, são eles: número médio atendimentos por mês; tipo de atendimento: atendimentos clínicos, atendimentos cirúrgicos e atendimentos ginecológicos; média de atendimentos por dia; classificação de risco dos pacientes de alta e média complexidade: vermelho (%), laranja (%), amarelo (%), e paciente de baixa complexidade: verde (%), azul (%), branco (%); principais causas atendimento segundo o fluxograma Manchester: dor abdominal, indisposição adulto, problemas estomatológicos, dor torácica, cefaleia, infecções locais e abscessos, problemas urinários, dispneia, asma, diabetes, onco.

Quanto aos principais municípios de procedência dos usuários atendidos na emergência no período do estágio (março e julho de 2013), 67% são de Porto Alegre, 15% de Alvorada, 6% de Viamão, 2,6% de Cachoeirinha, 2,3% de Gravataí, 1% de Canoas, e 1% de Guaíba.

Quanto aos bairros de procedência dos usuários oriundos de Porto Alegre, 20% vêm do Rubem Berta, 16% do Sarandi, 7% do Protásio Alves, 5,5% da Vila Ipiranga e Vila Jardim, 5% do Passo das Pedras, 4% do Jardim Itu Sabará, 4% do Passo da Areia, 3% da Farrapos, 2,6% do Cristo Redentor, e 2,4% do Mario Quintana.

Quanto à prevalência de gênero, 60% dos usuários são do sexo feminino. Quanto ao quesito raça/cor, 85% se autodeclararam brancos, dado que chama atenção e deve ser monitorado, pois não reflete a real situação encontrada no serviço de emergência. Quanto à escolaridade, 71% apresentam apenas o ensino fundamental como escolaridade. Quanto à faixa etária, 50% dos usuários atendidos estão na faixa dos 50 a 74 anos.

Algumas dificuldades implicadas ao serviço de emergência citadas pela coordenação da emergência e verificadas no decorrer do estágio: pouco gerenciamento de risco tendo implicações na segurança do paciente; falta de monitoramento regular de indicadores de resultado assistencial; falta de política regular de educação em serviço na emergência, discussão de óbitos, sessões clínicas ou seminários para discussão técnica; existem fluxos pouco regulados de “urgenciamento” de pacientes não urgentes para internação via emergência; Tempo médio de permanência dos pacientes internados na emergência: 3,4 dias, destes, 62% aguardam internação para medicina Interna.

Contribuições do Estágio para o Campo da Saúde Coletiva

A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltados às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares (SILVA, 2011). Isto evidencia a necessidade de um novo olhar às pessoas que acessam os serviços de saúde no Brasil. Neste período de estágio, pode-se dizer que esta nova concepção já foi inserida, uma vez que estivemos presentes no campo de trabalho dos profissionais e foi possível observar como são percebidas não só as condições biológicas do indivíduo, mas também quais os determinantes que o levaram à emergência. No entanto, há dificuldades por força da demanda com a qual se trabalha. Muitas vezes, a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho faz com que a enfermagem tenha dificuldade de humanizar o cuidado, justamente por entender que em si o cuidado deve ser humanizado. O que queremos dizer é que, por mais humanizado que se queira realizar um trabalho em saúde, num serviço de emergência, os profissionais trabalham sob uma tensão que significa a vida ou a morte daquelas pessoas, deixando a questão da promoção e da humanização em segundo plano de forma geral. Ou seja, percebeu-se que é necessário um profissional com um olhar mais abrangente e que transcenda o plano biológico, que exerça ainda um papel de analisador da demanda social, que aquelas pessoas levam ao serviço para além de seus agravos físicos.

No momento em que entendemos a necessidade da escuta no processo terapêutico de cada paciente, valorizamos a percepção que o profissional do serviço social tem acerca do indivíduo como um todo. Decidimos, então, eleger como primeira escolha de prática profissional durante o estágio a escuta nos leitos de retaguarda do Serviço de Emergência do Hospital Conceição. Neste momento, foi percebida a capacidade de promoção e de educação em saúde que o profissional de Saúde Coletiva é capaz de inserir em um ambiente hospitalar.

O hospital historicamente se constituiu como um espaço para tratamento e cura, local que agrupa um conjunto de aparatos tecnológicos, políticos e legais, se limitando como espaço da clínica, da reabilitação ou cura, distanciando esta de uma prática efetivamente promotora da saúde. Silva (2011) aponta que as relações hierárquicas de poder, autoritárias entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, dificultam a construção de espaços de autonomia e a participação daqueles que buscam atenção à saúde. Durante o período de estágio essa dificuldade foi percebida, pois a emergência possui características de atendimento e assistência próprias, o que dificulta a realização de atividades de promoção e educação na saúde.

Buscando referências para o planejamento do período de estágio, foi possível constatar que este é um território pouco explorado em trabalhos na perspectiva da humanização do atendimento e deve ser possível pensar em promoção da saúde e em educação em saúde. Porém, é necessário que a prática no interior dos hospitais possa ser repensada, diminuindo a distância na relação entre profissionais e usuários (SILVA 2011). Autores apontam (CECILIO, 2006; ROLLO, 2006) algumas estratégias de promoção da saúde, passíveis de implementação dentro do ambiente hospitalar, destacando-se a criação de espaços coletivos que garantam a discussão entre os atores do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. Porém, a grande demanda de atendimentos diminui o tempo que os profissionais têm para praticar a escuta desses usuários. Nessa perspectiva, nossa tentativa foi de propiciar esses momentos de diálogos e escuta no leito do paciente ou nas salas onde este estava em atendimento. Através de acompanhamento dos usuários nos leitos de retaguarda da emergência, foi possível criar espaços de conversações, da fala e da escuta, e da contínua interação entre usuário e serviço, em especial no caso do serviço social, onde foi possível conhecer os medos, as falas ocultas, as cegueiras, e identificar os vazios assistenciais existentes no sistema de saúde. As atividades de educação em saúde, desenvolvidas no espaço hospitalar, incluíam o companheiro(a) e familiares da pessoa hospitalizada, e geralmente colocavam em discussão os efeitos da doença na vida diária da família, que era orientada sobre as possibilidades de acompanhamento após a alta hospitalar.

A promoção da saúde não deve só ocorrer no período anterior à doença, nem deve anteceder a atenção primária, secundária ou a terciária. Cabe às instituições, por meio de seus profissionais, mostrar que o hospital não se constitui como espaço antagônico à promoção da saúde, ao contrário, ele pode ser parte deste contexto, entendendo que a promoção da saúde constitui um *enfoque transversal*, presente em todos os espaços de atenção a saúde, sendo viável e necessária também nos serviços de emergência.

Considerações Finais

Foi consenso em um primeiro momento a dificuldade em visualizar a atuação de um acadêmico de Saúde Coletiva em um serviço de emergência. Passado o momento inicial de adaptação, foi possível, no decorrer do período de estágio, perceber que a emergência do HNSC é um local fundamental como campo de estágio para futuros sanitaristas. A possibilidade do contato frequente e intenso com usuários e a oportunidade de identificar as suas necessidades foi importante para conhecer um pouco da percepção que estes têm sobre o SUS.

Através de relatos espontâneos dos usuários pôde-se compreender a existência de vazios assistenciais e deficiências na Atenção Básica, e a incompreensão ou desconhecimento sobre a organização do sistema, fatores estes que levam este usuário à emergência de um hospital. Uma das grandes contribuições que este estágio traz ao acadêmico é a possibilidade da prática da escuta, em diversas situações que acompanham este serviço. Tanto no processo de acolhimento quanto nos de assistência e de (re)orientação, praticar a escuta e o diálogo é fundamental para que se possa pensar em ações que beneficiem usuários de serviços de emergência, não somente durante o período de atendimento, mas para reduzir retornos.

Após esse período, o acadêmico, em estágio curricular, passa a visualizar o serviço de emergência como campo de atuação do sanitarista: no trabalho com os usuários na sala de espera, no direcionamento dos usuários para as unidades básicas, na orientação sobre os serviços mais adequados, na informação sobre a rede de serviços e as vantagens de se vincular às suas unidades de referência, no compartilhamento de saberes sobre o manejo de condições crônicas de saúde, e ainda colaborando para a análise crítica dos usuários frente às condições de saúde.

Agradecimentos

A todos os trabalhadores do Serviço de Emergência, que nos receberam e compartilharam suas percepções e experiências. Em especial, gostaríamos de agradecer a Assistente Social Iara Elisabeth Schild, que nos acolheu da melhor forma possível, nos dando liberdade para trabalhar em conjunto, possibilitando identificar muitas formas de atuação compartilhada entre Saúde Coletiva e Serviço Social, e nos brindando com sua vasta experiência dentro deste serviço. Agradecemos também ao Supervisor de Campo, enfermeiro Márcio Neres, que contribuiu com informações relevantes para o desenvolvimento de nosso trabalho, e a Supervisora, Prof. Marilise Mesquita, que esteve sempre disponível nos encontros em campo e orientações. Agradeço também as enfermeiras Marivane e Roberta, sempre disponíveis para conversas sobre a inserção da Saúde Coletiva na Emergência.

Referências

- CECILIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- ROLLO, A. A. E possível construir novas praticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2011 mai-jun; 64(3): 596-9.

HOSPITAL PRONTO-SOCORRO COMO CENÁRIO DE PRÁTICA DO BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA: VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Virgínia de Menezes Portes¹
Izabella Barison Matos²
Maria Augusta Moraes Soares³

Resumo: A identificação da Educação Permanente como processo fundamental da aprendizagem no trabalho necessita de relações e ações concretas para a sua ocorrência nos serviços de saúde. Desta forma, as estratégias e os planos de ação que garantam estes espaços institucionais precisam dialogar e interagir com a identidade do cenário e, portanto, alinhar-se com a cultura organizacional presente. Esta premissa justifica a importância de cruzar as necessidades de Educação Permanente com a realidade do contexto. O presente artigo reflete sobre a experiência em campo de prática de um aluno do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva no Hospital Pronto-Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS), durante o estágio curricular em Educação Permanente. As autoras relatam este momento e fazem relações com as aprendizagens derivadas da formação e das experiências, bem como considerações sobre a ocorrência desta política de educação, seus desafios e avanços neste cenário. Durante a atuação no campo de prática, verificou-se a necessidade do fortalecimento da Educação Permanente como uma política pública diante das realidades ainda não satisfatórias e pouco compreendidas da relação indissociável entre saúde e educação, seja na sociedade de modo geral, seja nos locais de trabalho de modo específico, na atuação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a contínua busca de mudança e aperfeiçoamento, é crucial a problematização nas relações cotidianas e as inovações em tudo a nossa volta. A existência de núcleos estratégicos, programas e/ou momentos que garantam a execução das ações de Educação Permanente são vitais, assim como a responsabilidade e comprometimento dos gestores e demais atores neste processo. São necessários esforços institucionais para que a tornem possível e, concretamente, permanente.

Palavras-chave: Educação Permanente; Apoio à Gestão; Saúde.

Apresentação

O momento que antecede a definição do campo de prática na graduação é gerador de muita ansiedade e expectativa, pois se trata de um momento em que o estudante atuará fora da Universidade, numa perspectiva profissional. É importante observar que está em processo de desenvolvimento de competências, habilidades e aquisição de conhecimentos. Sendo assim, prestes a iniciar o estágio, a sede pela prática era significativa, pois representava um leque de oportunidades no campo da aprendizagem e na construção ativa do saber.

1 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista de Extensão do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde – Estação OTICS/GHC - Rede Governo Colaborativo/UFRGS. Email: virginiaportes@gmail.com

2 Assistente Social, Mestre em Sociologia (UFRGS), Doutora em Ciências - Saúde Pública (Fiocruz). Professora do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: izabmatos@gmail.com

3 Enfermeira, Coordenadora da Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa do Hospital Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre, Mestre em Enfermagem (UFRGS), Especialista em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde pelo Hospital Sirio-Libanês. Email: mariaaugustas@gmail.com

O estágio que estaremos descrevendo em um processo de análise e reflexão teve início em março de 2013, no Núcleo de Educação e Pesquisa em Enfermagem (NEPEnf) do Hospital de Pronto-Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS), sob supervisão da Enfermeira Maria Augusta Moraes Soares e orientação da professora Izabella Barison Matos. Esse foi o segundo momento em que o campo recebeu alunas do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A partir de então, a estagiária passa a vivenciar o cotidiano de um Núcleo de Educação em um hospital público, referência na área de atendimento às vítimas de causas externas. Mesmo com 300 horas em campo de estágio, apenas uma pequena parte do contexto pode ser conhecida e vivenciada, considerando a complexidade que envolve os processos de educação em um hospital de urgência.

O Hospital Pronto-Socorro como Cenário de Prática

O Hospital de Pronto-Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS), criado em 1944, localiza-se no Largo Theodoro Herzl, na capital gaúcha. É considerado um centro de referência regional para atendimento de politraumatizados, além de modelo nacional em diversas especialidades de pronto atendimento, tais como queimaduras, intoxicações exógenas, picadas de animais peçonhentos, entre outras. Em média, 40% dos atendimentos de urgência que geram internação são de não residentes de Porto Alegre.

Os atendimentos prestados pelo HPS são inteiramente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), independente da especialidade, equipamentos, medicamentos utilizados, ou tempo de internação.

De acordo com a Fundação Pró-HPS⁴, o Pronto-Socorro reúne três elementos fundamentais que garantem a larga legitimidade social que tem. São eles: o efetivo pronto atendimento, a universalidade e equidade no acesso aos serviços, e a reconhecida qualidade das equipes nas especialidades em que atua.

Como fundamentos estratégicos do Hospital de Pronto-Socorro, aprovados em 2012, sua missão é: “Prestar atenção à saúde focada no trauma agudo, integrando à rede de Porto Alegre, respeitando os preceitos do SUS e da cidadania, promovendo o ensino e a pesquisa”.

De acordo com dados coletados entre setembro de 2012 e maio de 2013, no banco de informações da emergência do HPS, a média é de 12.977 atendimentos mensais (HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO, 2013).

Se há poucas décadas o desafio estava em fazer com que as vítimas de situações agudas chegassem vivas às emergências, o desafio atual é atender com excelência usuários que chegam em estado extremamente crítico, exigindo diferentes competências por parte dos profissionais e alta complexidade logística.

Acreditando nesse pressuposto, o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa em Enfermagem (NEPEnf) do HPS foi criado em novembro de 2009, a partir da percepção de alguns enfermeiros em relação à necessidade de mudar os processos de educação em serviço e a evidente necessidade de repensar e mudar os paradigmas que envolviam o trabalho em saúde.

Em um primeiro momento, a criação de um Núcleo de Educação voltado a uma área de atuação, no caso “em enfermagem”, pode ser entendida como contraditória no que tange a interdisciplinaridade, mas a justificativa para a criação do NEPEnf era reforçar a própria enfermagem enquanto equipe, entender melhor seus conflitos e diferentes intencionalidades, para posteriormente trabalhar de forma eficaz junto a outras equipes de saúde no que tange a educação permanente e pesquisa.

⁴ Instituição de direito privado, mas com a finalidade de apoiar a administração pública, especialmente a direção do Hospital, no desenvolvimento de ações e projetos.

Isto posto, já no segundo semestre de 2012, iniciou-se no HPS uma transição do Núcleo de Educação em Enfermagem para uma Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP), com objetivo de que os profissionais de saúde entendessem os processos educacionais como transversais e que os processos de capacitação contemplassem também as dimensões éticas, reflexivas e criativas de todos os servidores independente de suas profissões.

De acordo com o regimento, fazem parte das competências do NEPEnf: realizar levantamento contínuo das necessidades relacionadas aos processos de educação continuada e permanente na área de enfermagem; organizar e coordenar a elaboração de materiais didáticos tanto para os profissionais quanto para pacientes e familiares; estabelecer e manter parcerias com outras instituições de saúde para troca de experiências de educação permanente em enfermagem; e estabelecer vínculos e reforçar os já existentes com instituições de saúde/ensino para parcerias em cursos de especializações/pós-graduações em diferentes níveis.

Para tanto, fica evidente a necessidade de pessoas que coloquem em prática as ações que contemplem o alcance dos objetivos, bem como é imprescindível o apoio do gestor local, de modo a garantir o acontecimento dos processos.

Concepções e Conceitos da Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é colocada como estratégia fundamental para as transformações positivas do trabalho nas áreas em que ocorre, uma vez que possibilita a atuação reflexiva, crítica, protagonista, compromissada e tecnicamente ideal. Segundo Ceccim (2005), um dos mentores da Portaria nº 1.966, de 20 de agosto de 2007, para que a Educação Permanente aconteça é preciso descentralizar e espalhar a capacidade pedagógica nos setores. Ou seja, "(...) ter trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde" (CECCIM, 2005, p. 976).

De acordo com a Portaria nº 1.966, de 20 de agosto de 2007, cria-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde baseando-se no fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de processos e estratégias para alcançar a integralidade da atenção à saúde coletiva e individual, e da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, prevê a Constituição Federal de 1988 que a responsabilidade do SUS envolve também ordenar a formação de profissionais para a área de saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico. Esta Portaria previa a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino estabelecendo funções.

Conforme Ceccim (2005, p. 979), a escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político em defesa do trabalho no SUS é fruto do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população e conquistasse a participação dos trabalhadores, constituindo "processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores a mais vigorosa implementação do SUS".

Podemos identificar Educação Permanente em Saúde como uma definição pedagógica para o processo de aprendizagem no trabalho que considera e ocorre no cotidiano baseando-se nas relações concretas que definem as realidades. A EPS permite a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido e significados a partir das experiências cotidianas. Para Ceccim (2005, p. 161), a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que luta pela "atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos".

Pode-se dizer que a importância da Educação Permanente em Saúde configura, ainda, vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, como fruto da educação

formal, da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde e na educação continuada para o campo da saúde. Considerando os aspectos que embasaram a Política Nacional em Educação Permanente, assim como os conceitos trazidos a partir da revisão da literatura, entende-se a relevância de haver espaços/núcleos que possibilitem a educação profissional nas instituições de saúde. Da mesma forma, a relevância de ter como princípio norteador o compromisso com a aprendizagem significativa baseada na problematização, reflexão, conhecimentos técnicos e demais aspectos deste processo.

A aprendizagem significativa ocorre “quando se relaciona com aquilo que a pessoa já sabe, e quando há motivação pessoal para relacionar o que se aprende com o que já se sabe e para interagir com o outro de forma aberta” (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011, p. 1122). Desta forma, a aprendizagem é considerada significativa quando surge a partir do desejo ativo dos envolvidos pela apropriação de novos saberes e práticas, e ocorre quando o seu conteúdo faz sentido, sendo considerado significativo.

De acordo com o Manual de Formação de Facilitadores de Educação Permanente de Saúde (BRASIL, 2005), os conhecimentos sobre a aprendizagem dos adultos, revelam que eles mobilizam-se para aprender quando identificam um problema ou uma situação que não conseguem enfrentar com os conhecimentos e a experiência que já têm acumuladas. Por isso, pode-se dizer que a aprendizagem é resultado da reflexão diante da ação, é necessário pensar sobre a experiência, sobre algo que foi vivido.

Por fim, baseada na realidade, a Educação Permanente deve ser a união, o diálogo harmônico entre pensamento e experimentação de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Processo de Aprendizagem no Campo de Prática: Diálogo entre Experiências e Análises

Diante da inserção no campo de prática, ou seja, no NEPEnf/HPS, os objetivos da atuação das estagiárias são traçados e descritos em um Plano de Atividades elaborado em conjunto pela supervisora de campo, a orientadora de estágio e a estagiária.

Considerando as competências do NEPEnf, dentre as atividades do estagiário foi solicitada continuidade ao levantamento das necessidades relacionadas aos processos de educação continuada e permanente na área de enfermagem, trabalho que já havia sido iniciado com a primeira estagiária que atuou no campo, aluna do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Dessa forma, a estagiária também pode conhecer as dificuldades e necessidades percebidas pelos servidores e demais informações pertinentes para realização de trabalhos de educação permanente, que vão além das capacitações e treinamentos, mas que os englobam como parte dos processos de aprendizagem.

É possível também, estagiando no NEPEnf, perceber o desafio cotidiano que é atuar em um hospital público de urgência e emergência, de média e alta complexidade, com inconstantes e diferentes demandas, otimizando espaços físicos, contando e exigindo diferentes competências de todos os seus profissionais.

O campo de estágio no HPS, especificamente no Núcleo de Educação, apresentou-se como um espaço estimulante e provocador de análises sobre espaços de saúde e suas interfaces com a educação e mesmo com a gestão. Fica evidente que todos os atores dos processos, sejam eles assistências, educacionais ou de gestão, devem estar intimamente relacionados para obtenção de resultados, que na área de saúde podem estar diretamente relacionados com a vida.

Para além das competências estabelecidas, o NEPEnf precisa dar conta de diferentes tarefas diariamente, como reuniões, visitas nas unidades acadêmicas, elaboração de aulas, planejamento

de eventos relativos à educação, organização dos campos de estágio para as diversas instituições de ensino, entre outras, tudo isso com uma estrutura logística de um profissional com dedicação exclusiva e outro com dedicação parcial ao serviço. Entretanto, pessoas que compartilham e acreditam na proposta de solidificar os processos de educação na instituição demonstram particular disponibilidade em partilhar as ações que vão ao encontro dessa proposta.

Diante da situação acredita-se que um exercício importante a ser feito pelos estagiários desde o início do estágio é a reflexão em relação às práticas, aos desafios, aos comportamentos e a suas interferências possíveis nessa realidade. Mas não basta só analisar, observar e questionar; é preciso atuar, acrescentar e produzir. Assim, o estágio possibilita contribuições para o campo.

Quanto às produções práticas, nesse estágio, a partir da identificação de necessidades do NEPEnf foi confeccionada uma tabela em planilha de Excel que veio a facilitar a organização dos dados de educação, como carga horária de capacitação realizada por servidor, por setor, e outros dados necessários para visualizar a situação atual e subsidiar estratégias para novos projetos.

Todavia, o campo de prática no Hospital Pronto-Socorro inspira constante análise, permitindo espaço amplo de reflexão e criatividade.

Foram vistas situações particulares, como a frequente entrada de usuários nos serviços públicos de saúde ali identificados ou relações que envolvem agressividade e intolerância, dificultando a relação profissional-usuário e o atendimento como um todo. Evidente que não se espera que o comportamento dos indivíduos seja tranquilo diante da chegada ao serviço de saúde, principalmente em situações de urgência ou emergência, entretanto, pode-se questionar se esta situação é agravada por tratar-se de serviços públicos de saúde.

Grosso modo, pode-se identificar que há uma imagem consideravelmente solidificada e reforçada pela mídia quanto a esses espaços serem ineficientes, inseguros e sucateados. Embora algumas pessoas tenham conhecimento do real funcionamento do Sistema Único de Saúde, toda sua abrangência e competência, muitas pessoas ainda criticam o SUS sem nunca ter a oportunidade de participar em algum dos processos que compõe o sistema para poder fazer uma análise sustentada pela vivência. O problema é que ao alimentar uma imagem apenas negativa do SUS, a sociedade é manipulada e reforça a falsa concepção de que o setor privado é melhor e mais qualificado.

Por isso, identifica-se a importância da comunicação em saúde, processo que faz muita diferença, desde a concepção de saúde que temos e/ou queremos e conquistas sociais até a chegada das pessoas nos serviços de saúde e, portanto, na relação profissional de saúde – usuário. Assim, um profissional graduado em Saúde Coletiva poderá fazer diferença na melhoria deste quadro, pois apesar de não exigir muita técnica para desenvolver mudanças nas concepções, exige vontade, criatividade, responsabilidade com o setor público e, além do mais, amor à vida individual e coletiva. Como afirmam Carvalho e Ceccim (2012, p. 143):

Para a Saúde Coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais.

E se as reflexões advêm das vivências nesse cenário, práticas advieram das inúmeras reflexões, dentre elas as observações quanto à porta de entrada dos usuários, dificuldades como as supracitadas, e outras que poderão surgir diante de novos contextos como a proximidade da Copa do Mundo de 2014 e a provável vinda de estrangeiros para a capital, alguns dos quais poderão

necessitar atendimento de urgência. A partir da avaliação do futuro contexto, da realidade existente e avaliando os possíveis empecilhos para o atendimento rápido e eficiente requerido por uma situação de urgência, ficou estabelecido que os processos de comunicação com os estrangeiros que procurarem a instituição podem ser um problema frente às barreiras linguísticas.

A partir dessa constatação, ainda em consonância com as competências do serviço, de elaborar e organizar materiais didáticos tanto para os profissionais quanto para pacientes e familiares, foi pensada a criação de uma cartilha que será utilizada na porta de entrada do hospital, em especial na Classificação de Risco, de maneira a agilizar e facilitar os atendimentos de estrangeiros que poderão identificar suas queixas apontando para figuras que traduzem possíveis necessidades. Além das figuras, a cartilha trará as situações de urgência mais comuns atendidas no HPS escritas em português e inglês, facilitando as conversações necessárias para que os pacientes estrangeiros recebam atendimentos pertinentes às suas necessidades. Diante desta ideia, caracterizam as vias duplas de crescimento e aprendizado entre a academia e os serviços de saúde.

Reforçam-se, assim, as palavras de Ceccim (2005) ao afirmar que a aprendizagem torna-se mais efetiva quando fruto de dúvidas a partir da prática, ou seja, da concepção da real da necessidade de certo conhecimento ou técnica, entre outros. Além do mais, deve representar a realidade mutante das ações e dos serviços de saúde, “é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional” (p. 162).

A Prosa entre Cultura Organizacional e Educação Permanente

Para melhor compreender as demandas institucionais e, assim, possibilitar a ocorrência da Educação Permanente, é preciso cruzar as necessidades com a identidade do local em questão, ou seja, a cultura organizacional. A esse respeito disso, Vaitsman (2000) afirma que a cultura organizacional não possui apenas uma definição, é formada por conceitos amplos, os quais geralmente são os diálogos entre ambiente externo, ambiente interno, motivações e interesses pessoais. Ou seja:

A cultura de uma organização seria algo conformado por coisas como valores, crenças, pressupostos, percepções, normas e padrões de comportamento não muito palpáveis e tampouco fáceis de serem observadas e apreendidas, embora tomadas como óbvias (VAITSMAN, 2000, p. 849).

A autora afirma que a identidade do local está de acordo com o objetivo do trabalho em saúde, podendo ser ele o enfrentamento da morte, a produção de promoção em saúde e bem estar, entre outros. Tais fatores norteiam o comportamento dos indivíduos que atuam nestes espaços. Assim, tais motivações, interesses e respostas ao ambiente externo e interno influenciam no comportamento e postura dos trabalhadores. Portanto, trabalhadores de UTI comportam-se de maneira bem diferente daqueles que atuam nas Emergências ou Unidades Básicas de Saúde, por exemplo.

Verificou-se que existem dificuldades da equipe de enfermagem na aplicação de novas técnicas, apesar de receber treinamentos específicos, ou seja, uma espécie de resistência às instruções recentes. A partir da literatura, pode-se dizer que a possível causa é que a reprodução da tradição e escolhas por padrões limitam as mudanças e o surgimento de novos padrões sociais, desta forma não permitindo expandir e atualizar os conhecimentos técnicos.

As situações ocorridas e as referências bibliográficas trazidas neste relato se fazem importantes para entendermos o perfil do HPS. O conhecimento do contexto é extremamente importante para atuações mais efetivas e eficientes para estudantes e profissionais. Ter a ciência do funcionamento

dos processos internos, atores e demais informações pertinentes permitem que os objetivos traçados sejam alcançados mais rapidamente e em suas totalidades. Como afirma Vaitsman (2000, p. 850):

Portanto, além da construção do objeto por meio de uma articulação conceitual em que se apreendam distintas ordens de fenômenos, a elaboração de indicadores de mudanças culturais e sua sistematização mediante índices capazes de acompanhar o sentido dessas mudanças é outro desafio que se apresenta à continuidade deste projeto.

Por isso, é necessário compreender que as estratégias de atuações e propostas devem ser frutos da identidade do espaço, ou seja, da cultura organizacional. Esta análise servirá como base para futuramente traçarmos os desafios atuais e as possibilidades de planos de ação para Educação Permanente do hospital.

A cultura da organização é assunto amplamente pesquisado na área da saúde e tem sua identidade construída a partir da maneira de ser e agir dos profissionais. Desta forma, pensar a educação permanente como fruto da prosa entre cultura organizacional e a necessidade de aperfeiçoamento de práticas e todos os aspectos da atuação profissional em seu espaço de atuação faz com que a produção de sentido esteja presente e, além disso, norteie quais os melhores percursos.

O processo de criação e garantia de espaços onde estes conceitos andem juntos e, principalmente, o diálogo entre eles, não é fácil. Exige dos profissionais da saúde criatividade, protagonismo, iniciativa e outras ações. Porém, esta seria uma estratégia de garantia desta interação, assim, é necessário que a gestão em saúde atente, desenvolva e assegure este processo.

Por falar em gestão em saúde e em espaços de atuação, identifica-se aqui a oportunidade de chamar a atenção do profissional da Saúde Coletiva para este cenário. É necessário que a identidade do sanitarista na graduação transcenda a utopia e prove com protagonismo que atuar na saúde pública em defesa do SUS é possível. O Sistema Único de Saúde possui capacidade de sustentar suas diretrizes e princípios, uma vez que haja comprometimento com a coisa pública, e requer um profissional que defenda as necessidades coletivas em lugar de interesses particulares e pontuais.

A Criação do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional de Urgência e Emergência

Ao iniciar o estágio curricular no NEPEnf, criou-se o grupo de elaboração do projeto do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência (PRIMURGE).

O objetivo da Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência é qualificar diferentes profissionais em saúde para estes serviços, visando proporcionar atendimentos de acordo com as políticas de Humanização e Integralidade, de forma interdisciplinar, multiprofissional, e demais políticas.

O PRIMURGE terá em sua estrutura uma carga horária total de 5.600 horas e doze vagas anuais. O projeto capacitará profissionais para atuar nas áreas de assistência, gestão, educação e controle social. Além disso, espera-se que a atuação dos residentes das diferentes áreas permita o conhecimento dos diversos serviços da rede de atenção à saúde do município, possibilitando a vivência nos múltiplos cenários.

Assim, o objetivo do projeto é formar profissionais de saúde por meio do desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS para o exercício de uma prática de excelência e transformadora de ações e processos na urgência e emergência.

O projeto é muito oportuno, pois visa contemplar a formação de profissionais em saúde para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, acrescentando bastante tanto ao sistema quanto aos profissionais que atuarão na residência. Além disso, destaca-se como o seu diferencial a formação profissional da saúde alicerçada na criação de um Núcleo Multiprofissional para Qualificação das Altas Hospitalares.

Este núcleo será baseado na Rede de Atenção à Saúde, para que desta maneira o paciente seja acompanhando antes, durante e depois da alta hospitalar, ou seja, iniciando um processo de relação terapêutica que envolverá o paciente e seus familiares em todo o processo até a reinserção social das vítimas de trauma.

A Educação Permanente é um dos dispositivos estabelecidos pelas diretrizes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência Emergência (PRIMURGE), percebendo a formação dos profissionais de saúde em um contexto mais amplo de ensino. São consideradas as diferenças culturais, sociais e religiosas dos processos de aprendizagem dos sujeitos envolvidos, resultando na relação direta ou indireta entre residentes, professores, preceptores, tutores, gestores, servidores da instituição formadora/executora, usuários, familiares e comunidade.

Diante disso, defende-se que se a educação acontece para além das instituições e considera-se todas as possibilidades de aprendizagens; a formação profissional não se limita aos diferentes níveis de escolaridade. É preciso ir além, “se assuntar” e vivenciar o mundo real, esse universo tão complexo, dinâmico e diverso.

Portanto, um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde constitui-se em uma das etapas de especialização e só se faz necessário à medida que se propõe a articular o mundo do trabalho e do ensino em um contexto social - no mundo real - pautado em uma aprendizagem significativa capaz de refletir sobre o cotidiano criando movimentos de transformação que possibilitam a melhoria das práticas.

Considerações Finais

Diante dos desafios contemporâneos na área da educação, encontramos a capacidade de ensinar e aprender ativamente, o que significa transcender aos modelos mais tradicionais de aprendizagem. Esta postura exige o desenvolvimento de competências/habilidades profissionais que substituam a avaliação baseada no cumprimento da carga horária de estudos, notas e presenças, entre outros aspectos.

É uma forma de organizar a formação baseada no compromisso mútuo entre discentes e docentes quanto à produção do conhecimento e disseminação do mesmo. Inspira-se no objetivo de a formação possibilitar ao sujeito a capacidade de atuação protagonista, criativa, inventiva e com o compromisso de responder as necessidades encontradas nos diferentes cenários dos serviços do SUS. É neste sentido que o curso de APSS – Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS – caminha e procura estimular todos os atores envolvidos neste processo.

Como já relatado aqui, o momento do estágio significa a experimentação da inserção profissional, praticar e reproduzir ativamente toda a aprendizagem até ali. Por isso, entende-se este momento como delicado e novo, o que gera ansiedade e inseguranças. Porém, as experiências vividas em campo, possibilitadas pelo estágio curricular, permitiram visualizar a importância das estratégias e metodologias de ensino desenvolvidas durante a formação, assim como as vivências nos cenários de práticas, que antecederam o sétimo semestre.

Durante o processo de formação, sempre fomos estimulados a problematizar certas realidades, porém a premissa norteadora era tentar construir coletivamente algo novo que pudesse contribuir

na melhoria do serviço, assim como desenvolver habilidades como a capacidade de análise macro e micro do sistema de saúde e seus determinantes sociais, atenção à saúde, comunicação, educação permanente, tomada de decisão, liderança e gerenciamento e demais aspectos. Desta forma, identifica-se que isso fez toda a diferença no percurso acadêmico.

Por isso, diante da atuação no cenário de prática do eixo de Promoção, Vigilância e Educação da Saúde – Educação Permanente no Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPEnf) do Hospital Pronto Socorro (HPS), tornou-se claro o valor do desenvolvimento de estratégias de pensamento e de problematização derivadas das situações do cotidiano como saberes importantes. Da mesma forma, a capacidade de desenvolvimento de métodos inovadores que deem conta de responder as necessidades pontuais dos serviços de saúde e aos desafios da educação permanente.

A partir das oportunidades dadas, por meio deste contexto, encerra-se este percurso que tanto contribuiu para a trajetória acadêmica. Por meio de análises, vivências, comunicação com os profissionais do HPS, leituras, estudos e outros, fica registrada a crença no fortalecimento da Educação Permanente como uma política pública merecedora de toda a atenção e investimento, pois é a partir de seu desenvolvimento que tentaremos modificar as realidades não satisfatórias presentes no sistema. Para a contínua busca pela mudança e aperfeiçoamento é crucial a presença de inovação e problematização nas relações cotidianas. Que possamos cada vez mais ter profissionais comprometidos eticamente com esta causa e, principalmente, instituições, núcleos estratégicos, programas e gestores que a tornem possível e verdadeiramente permanente.

Referências

- ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da Saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16. p. 1115-1124, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde*. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: *Tratado em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO. *Planilha Totalizador CR*. Dados de setembro de 2012 à maio de 2013. Porto Alegre: HPS, 2013.
- VAITSMAN, J. Cultura de Organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, jul./set. 2000.

ANÁLISE DO APOIO INSTITUCIONAL ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA GERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS



Mayna Yaçanã Borges de Ávila¹
Cristianne Maria Famer Rocha²
Adriana Roesse³
Danielle Plochanski Calegari⁴

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo analisar as atividades de apoio institucional às equipes de Saúde da Família em uma Gerência Distrital de Saúde do município de Porto Alegre/RS. Para isso, foi realizada uma contextualização do território, inclusive dos serviços oferecidos e do perfil populacional (morbimortalidade). Após, foi realizada uma análise sobre as práticas de gestão e trabalho do apoio institucional na Gerência, tendo como referencial teórico a produção de Gastão Campos (1998; 2012; 2013) sobre cogestão e apoio institucional, a fim de propor transformações na realidade da mesma.

Palavras-chave: Democracia; Gestão em Saúde; Cogestão; Apoio Institucional.

Introdução & Contextualização

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde (MS) como modelo de organização da Atenção Básica (AB) no país, e vem se expandindo nos últimos anos, apresentando um crescimento em termos de cobertura populacional de 31%, em 2002, para 55,12%, em 2013, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2013). O mesmo movimento aconteceu em Porto Alegre, embora este seja mais recente e menor, aumentando de 23,46% de cobertura populacional, em 2011, para 31,66% em 2013. Apesar do aumento, o município ainda possui cobertura inferior a do país, não sendo, até o presente momento, o modelo predominante de organização da AB deste.

Aliado a esse movimento municipal de aumento da cobertura populacional pela ESF, foi criado, em 2011, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), com a missão de prestar atendimento no âmbito da ESF no município. Este vem sendo muito criticado enquanto forma de privatização da saúde, além de estar sendo questionado legalmente como inconstitucional.

1 Graduada em Saúde Coletiva e em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde em projetos na área da Saúde Coletiva envolvendo Cooperação Internacional em Saúde, Arte, Fotografia, educação em saúde e formação profissional. Email: mayna.avila@gmail.com

2 Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

3 Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: adiroese@gmail.com

4 Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Apoiadora Institucional junto ao Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF), Porto Alegre/RS. Email: danielle.calegari@sms.prefpoa.com.br

O presente trabalho apresenta uma análise de atividades acompanhadas durante o estágio curricular na área de planejamento, gestão e avaliação em saúde do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O referido estágio foi desenvolvido a partir do acompanhamento à apoiadora institucional das equipes de Saúde da Família (SF) de uma Gerência Distrital de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre/RS, com o objetivo de proporcionar experiência prática do cotidiano da gestão em saúde.

As GD são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. O município está dividido em oito Gerências compatibilizadas com as regiões do Orçamento Participativo (OP). Cada GD tem população entre 95 e 200 mil habitantes e conta com seu colegiado gestor, formado pelas coordenações dos serviços da sua área de abrangência (PORTO ALEGRE, 2013).

A GD onde foi desenvolvido o trabalho contava com os seguintes serviços em seu território: dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); dezesseis Unidades de Saúde da Família (USF), com 29 equipes de Saúde da Família; oito Unidades Básicas de Saúde (UBS); um Centro de Especialidades, que oferece consultas especializadas e serviço diagnóstico; serviços da rede especializada de Saúde Mental; serviços especializados de reabilitação; farmácia distrital e laboratório central. Existe Conselho Distrital de Saúde (CDS) implantado na Gerência e os Conselhos Locais (CLS) estão em expansão, sendo que na época de realização do estágio sete USF e duas UBS tinham CLS implantado.

A cobertura da AB na GD, em 2012, era de 64,9% da população, sendo que 53,9% dessa cobertura correspondiam a SF. Os profissionais contratados para as equipes de SF possuíam vínculos empregatícios diferentes, sendo contratados pelo Instituto de Cardiologia (IC) e pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). A prática de contratação por fundações e institutos já vinha sendo utilizada pelo município no gerenciamento da AB e esta gerava incertezas quanto ao futuro por parte dos profissionais tanto do IC, que esperavam um desligamento planejado e gradual, quanto do IMESF, devido à Ação Direta de Inconstitucionalidade que já estava em andamento e segue tramitando na justiça contra a instituição. Essas tensões, aliadas às mudanças constantes no processo de trabalho, induzidas pela implantação de novas tecnologias, como o acolhimento e identificação de necessidades e a informatização das unidades, vem constituindo o cotidiano de trabalho na GD e no município.

Quanto ao perfil populacional, segundo o levantamento do último censo (BRASIL, 2010), a população da GD é de 148.778 habitantes, sendo 69.555 (46,8%) homens e 79.223 (53,2%) mulheres. Esse número de habitantes corresponde a 10,6% da população total do município. As cinco principais causas de mortalidade, em 2010, foram: doenças do aparelho circulatório (31,35%), neoplasias (19,82%), doenças do aparelho respiratório (10,27%), causas externas de mortalidade (8,29%) e doenças infecciosas e parasitárias (7,48%). Esse padrão se assemelha ao do município para as duas primeiras causas de mortalidade, as demais estão entre os cinco principais grupos de causas, porém em proporções diferentes em cada GD (PORTO ALEGRE, 2013).

A equipe de trabalho da Gerência era composta por uma gerente distrital, uma assessora, uma apoiadora institucional, uma farmacêutica distrital, uma responsável técnica de enfermagem, seis técnicos administrativos, três estagiários de ensino médio e três estagiários de graduação (um da Enfermagem e duas do Bacharelado em Saúde Coletiva).

No ano de 2011, através do processo do CONSOLIDASUS, alinhado à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), o município de Porto Alegre criou uma equipe de monitoramento por GD. Essa equipe seria um fórum permanente para o planejamento e o monitoramento das ações e da gestão em saúde das regiões de GD, sendo preconizada a

participação dos gerentes, dos membros das equipes das gerências, dos coordenadores de equipes de saúde locais de diferentes serviços (USF, UBS, NASF, etc.), dos trabalhadores, dos usuários representantes dos CDS e CLS das regiões, de integrantes da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA), da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e das universidades quando a região fosse um Distrito Docente Assistencial (PORTO ALEGRE, 2013).

Desenvolvimento

O estágio foi desenvolvido no período compreendido entre 7 de março e 28 de junho de 2013, totalizando 300 horas de atividades práticas. Assim, foi possível acompanhar as atividades que acontecem regularmente e são acompanhadas pela apoiadora, a rotina de trabalho dela e da GD, além de atividades pontuais, combinadas com a supervisão de campo.

O foco de análise deste trabalho será a função do apoio institucional às Equipes de Saúde da Família na realidade da GD. Para a análise da função de apoiador institucional no campo de estágio, será utilizada a produção de Gastão Wagner de Souza Campos (1998; 2012; 2013) relativa à cogestão e ao apoio institucional como referencial teórico.

A Função do Apoiador Institucional junto às Equipes de Saúde da Família

Para pensar a função do apoio institucional na GD, primeiro é preciso retomar que lugar é este e seu objetivo. A GD seria a parte da estrutura da gestão municipal mais próxima do território onde são desenvolvidas as práticas em saúde. De uma forma geral, o objetivo da gestão é lidar com o trabalho humano e com os conflitos nas organizações que emergem da não coincidência entre as finalidades desta e os desejos dos trabalhadores. Oliveira (2011) coloca que a gestão seria mais que a organização do processo de trabalho, mas seria o que se passa entre os vetores-dobras que constituem o trabalho em si, sendo estes: os sujeitos (com seus desejos, necessidades, interesses), os processos de trabalho (e os saberes envolvidos), o poder (modos de estabelecer relações) e as políticas públicas (a coletivização dessas relações).

As organizações de saúde estão pautadas por relações desiguais onde o trabalhador se submete a realizar os interesses dessas devido à necessidade de trabalhar e gestores estabelecem uma relação gerencial unilateral, autoritária e pouco democrática para controlar os desejos, necessidades e interesses dos trabalhadores. A gestão em saúde no Brasil acaba seguindo a conformação socioeconômica brasileira hegemonicamente neoliberal e cedendo ao discurso assistencial-privatista, caracterizado pela assistência médica individual, centrada na doença e sua cura e gerenciado por um modelo *taylorista* de secção dos serviços de saúde, onde são delegadas as normas (protocolos, diretrizes) e os programas para serem operados no cotidiano dos encarregados de executar as ações. Isto acaba dificultando a resolução desses conflitos e gerando adoecimento e alienação nos trabalhadores, que deixam de questionar a organização. O trabalho se torna, conforme define Merhy (2002a), morto, fragmentado, um lugar de repetição, da produção e da produtividade, de um trabalho pensado por outro em outro lugar.

Oliveira (2011) coloca que estes gerentes, gestores e trabalhadores estão em uma cultura institucional em transição, que almeja democracia, mas ainda reproduz a lógica gerencial de concentração de poder e na produção de alienação por medo de perder o controle. A democracia na gestão requer, portanto, problematizar a relação entre trabalho e gestão, permitindo maior circulação da palavra e tomadas de decisão mais compartilhadas.

A GD em questão vive essa contradição entre uma postura gerencial *taylorista* e os dispositivos de ampliação da democracia criados, como o colegiado gestor e o apoio institucional. Criar um colegiado gestor por si só não garante a democratização, pois ele pode se tornar um espaço de

reprodução de práticas *tayloristas*, onde as reuniões se tornam um repasse de informes de um nível central e de pautas estabelecidas em sua maioria pela própria Gerência, como acontece neste território.

O acompanhamento das folhas-ponto na GD é um exemplo de gestão do trabalho que opera com a lógica de “recursos humanos” e está alinhada, igualmente, à postura gerencial taylorista. Assim, as folhas-ponto são utilizadas para avaliar a produtividade e o cumprimento formal de horas trabalhadas, deixando em segundo plano uma análise sobre como está sendo produzido o cuidado nesse processo de trabalho, algo que extrapola o cumprimento de número de horas e que não se traduz diretamente em procedimentos. Outra análise importante que poderia advir da utilização desse instrumento é relativa à saúde do trabalhador a partir de reflexões sobre o que as folhas-ponto podem nos informar sobre, por exemplo:

- Qual o grau de adoecimento dos trabalhadores que apresentam constantemente atestados médicos?
- Quais as principais causas relacionadas ao trabalho?
- Como esses profissionais adoecidos estão produzindo cuidado para a população, que também enfrenta seus adoecimentos?
- Que estratégias poderiam ser utilizadas para enfrentar esse adoecimento proveniente do processo de trabalho?

A democratização das instituições, no caso da saúde, pretende ampliar a autonomia (o que pressupõe liberdade) dos trabalhadores em relação à produção do cuidado e do fazer em saúde, porém isto também precisa de implicação e corresponsabilização. Para isso, a definição de planos, metas e tarefas deve ser mais coletiva, resultado de discussão e pactuação, compondo com diferentes interesses, ou seja, incluir novas pessoas para fazer a gestão, sendo que isto prevê a inclusão de novas funções e tarefas, significa compartilhar poder, conflitos e responsabilidades (CAMPOS, 2001/2003).

No Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017, consta o seguinte trecho:

Para a continuidade do projeto atual, de fortalecimento do planejamento do SUS em Porto Alegre, destaca-se que ele está orientado por três características preconizadas pela gestão da SMS. São elas a corresponsabilização (setores desenvolvem seu plano e metas de trabalho, diagnosticando seus processos críticos e propondo estratégias, metas e respectivas ações, ao encontro do diagnóstico e dos planos estratégicos da SMS), a gestão compartilhada ou cogestão (com o planejamento da SMS monitorado e avaliado por gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS); e espaços permanentes de gestão colaborativa (canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS em Porto Alegre). (PORTO ALEGRE, 2013, p. 206)

Esse trecho coloca o conceito de ‘cogestão’, definido por Campos (1998) como todos decidindo, ou seja, como sinônimo de cogoverno, propondo, assim, um método de gestão para a reforma das organizações e do trabalho em saúde que permita e estimule os trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão, sua autonomia e liberdade, mas construindo certa responsabilidade ao instituir esses mecanismos de cogestão. Assim, as ações seriam pactuadas nas unidades de produção de saúde, ou seja, todos teriam governo sobre as decisões tomadas, com um apoiador, sendo este o agente externo capaz de instituir processos de reflexão crítica.

O autor destaca, porém, que a decisão deve ter em vista outras instâncias, interesses em negociação permanente (CAMPOS, 2012). Vemos que o Plano Municipal abre espaço para a democratização institucional, porém é preciso transformar esta em prática cotidiana no sistema municipal de saúde.

Aliado a mecanismos de cogestão, Campos previu o que chamou, inicialmente, de supervisão matricial (mas um supervisor como agente externo, apoiador e agenciador de mudanças e, portanto, claramente distanciado da supervisão *taylorista*) (CAMPOS, 1998) e que, mais tarde no desenvolvimento de sua obra, chamou de “apoio Paidéia” inserido em seu Método Paidéia. O autor define a função do apoiador como:

1. Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
2. Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
3. Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações;
4. Dependendo da instalação de alguma forma de cogestão.

Assim, esse apoiador deve ser capaz de:

1. Ativar espaços coletivos, objetivando a interação entre sujeitos;
2. Reconhecer as relações de poder, afeto e circulação de saberes, procurando viabilizar projetos pactuados por diferentes atores;
3. Mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
4. Ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais;
5. Promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Os apoiadores institucionais das GD de Porto Alegre são trabalhadores que eram supervisores pelo IC (segundo a lógica *taylorista* de supervisão), sendo alguns atualmente contratados pelo IMESF, e, portanto, executando tarefas diretamente ligadas à gestão da GD: controle de folhas-ponto, horas extras, orientando campanhas e eventos da SMS, admitindo, remanejando e demitindo profissionais. Quando a SMS propôs a mudança de nomenclatura, não foi modificada a função exercida por estes na prática, que seguiram executando tarefas que seriam dos gerentes e seus assessores diretos e, portanto, permaneceram supervisores alinhados à lógica *taylorista*. Isso dificulta colocar a instituição em análise, colocar as relações de poder, afetos e circulação de conhecimentos na roda, como propõe o autor. Alguns apoiadores conseguem mediar as duas atuações, mas esta é uma característica pessoal aliada com as possibilidades que os gerentes lhes oferecem.

Portanto, apesar de as GD contarem com colegiados, como forma de cogestão, e apoio institucional, o segundo está intimamente relacionado à gestão, de forma a fazer cumprir aquilo que esta traz da SMS. Eles não são um modo complementar de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, são parte da estrutura gerencial. Dessa forma, a interação real com os trabalhadores fica dificultada, sendo possível, na maioria das situações, apenas divulgar e esclarecer normas e regras e cobrar os resultados. Esses apoiadores acabam, assim, ocupando um lugar de supervisão dos trabalhadores, sendo supervisionados pelas gerências.

Quando propôs seu método, Gastão listou alguns lugares institucionais de onde se poderia realizar o ‘apoio Paidéia’ (CAMPOS, 2001/2003):

- De um lugar de poder institucional;
- De um lugar de suposto saber;

- De um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder institucional;
- De um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo.

Mas qual seria o melhor posicionamento para o apoiador levando em consideração o exercício pleno da função conforme descrito anteriormente? Oliveira (2011) coloca as vantagens e desvantagens destes lugares propostos por Campos, a partir das experiências práticas já existentes de apoio institucional. A primeira experiência de apoio trazida pelo autor é a criação, por parte dos municípios, do cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão, como é o caso de Porto Alegre. Nesses municípios, o autor aponta que o apoiador substituiu o antigo lugar do supervisor, que fiscalizava o trabalho das equipes de saúde, mantendo uma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus coordenadores e equipes. Nessa situação, o apoiador acumulou a atribuição formal de gerência, tendo seus “apoiados” enquanto subordinados. Esses municípios ainda apresentam sistemas de cogestão frágeis e parcialmente implementados. Este não corresponde a um arranjo democratizante, pelo contrário, nesse modelo de gestão, a organização pende entre uma organização democrática e um aparato institucional ainda mais autoritário.

Outro exemplo de utilização da metodologia do apoio levantada pelo autor é na educação permanente de trabalhadores e gestores, em cursos de especialização em SF e Gestão e na formação de graduandos de medicina em experiências de composição docente-assistencial. A utilização do método do apoio nessas experiências é interessante, pois reduz a percepção de separação da teoria e da prática, ampliando a capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas pelos coletivos. Isto acaba gerando efeitos também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que os estudantes são inseridos (OLIVEIRA, 2011).

A terceira forma de utilização do método trazida pelo autor é a atribuição da função apoio para determinados atores estratégicos na formulação, pactuação e implementação de projetos específicos. Estes mantêm suas atividades formais na instituição de origem, mas dedicam parte da carga horária para desenvolver, implementar e avaliar intervenções baseadas nas ferramentas de apoio, sendo coordenados por alguém que conheça a metodologia. Estas experiências trazem vantagens e desvantagens quando comparadas às outras duas modalidades de inserção institucional do apoio. Uma vantagem é a experimentação de outros atores da instituição no lugar de apoiador, confrontando essa prática com o cotidiano de trabalho, podendo contagiar outros espaços aonde este sujeito irá levar a metodologia do apoio. O risco é que esta contaminação não seja suficiente para modificar os processos da organização, por virem internamente na organização.

Por fim, o autor coloca que é necessário constituir “um processo de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional”. Nesse sentido, antes de definir o lugar de onde se faz o apoio é preciso pensar em quais relações de saber-poder ele deveria estar inscrito seguindo esse projeto ético-estético-político institucional de democratização.

Durante o estágio, em reunião de apoiadores, a direção do IMESF colocou que estes apoiadores iriam exercer a função esperada assim que o IMESF criasse o cargo de coordenador das equipes. Este coordenador seria externo às equipes, como um supervisor, e exerceria essa função de controle, que seria gradativamente descolada da função dos apoiadores. Os parâmetros que estavam sendo pensados pelo IMESF eram de um coordenador para dez equipes simples de SF e um apoiador para cada vinte equipes.

Aqui cabe uma reflexão sobre a possibilidade de o apoiador ser um agente externo, prevendo que ele permanecerá com essas vinte equipes ao longo do seu tempo de trabalho no Instituto, que é indefinido. O vínculo com as equipes e a convivência duradoura poderia dificultar a produção de mudanças previstas para a relação do apoiador com o grupo apoiado, pois em algum momento

haveria esgotamento das relações. Cabe ao município pensar que apoio o município irá investir e propor, pois estes apoiadores precisariam retornar ao papel de agente externo circulando entre equipes e GD e pactuando novos contratos para mantermos o caráter de "apoio Paidéia".

O acompanhamento da apoiadora durante o período de estágio permitiu conviver com suas funções diárias que, conforme descrito anteriormente, se aproximam mais da função de supervisão do que da função do apoio, conforme o método Paidéia. Um dos trabalhos desenvolvidos pela apoiadora junto às equipes foi sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), pois este foi mal aceito pelos trabalhadores no município de Porto Alegre como um todo. Houve o entendimento de que era mais uma tarefa a ser feita, apesar de os dados utilizados para calcular os indicadores virem do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que já deveria ser preenchido para o recebimento do recurso municipal. Esse entendimento foi possível, pois as equipes acabaram organizando ações pontuais para dar conta das metas, pois há pouco planejamento e organização dos processos de trabalho, por parte destas, que seja voltado para atingir os resultados propostos pelo Programa. Assim, o desempenho das equipes no PMAQ foi baixo. A partir dessa situação, a GD propôs uma capacitação sobre o PMAQ para mostrar que este não era um instrumento de punição das equipes, mas um instrumento de planejamento e de mudança nos processos de trabalho.

Cabe destacar que a necessidade de planejar e analisar os processos de trabalho não é exclusiva das equipes, mas uma necessidade das Gerências como um todo. Por causa da dificuldade de planejar e analisar muitas informações que chegam às equipes, as orientações mudam ao longo do tempo, gerando ansiedade nos coordenadores e resistência nas equipes.

Para gerenciar, é preciso considerar o outro. É importante compor, fazer acordos e apresentar soluções que não se proponham a ser absolutas, pois qualquer solução trará outros problemas. Ou seja, as soluções são sempre parciais e provisórias, por isso é importante que sejam construídas de forma coletiva, envolvendo e responsabilizando os atores nas decisões.

Se o apoiador se torna o porta-voz de orientações dispersas e variáveis, fica difícil de fazer contratos com as equipes e garantir a manutenção destes, desvinculando sua ação de apoio da função de representante da gestão, pois o cenário muda constantemente. Campos (2012) destaca a importância do contrato nesse espaço coletivo, pois o apoiador chega com uma oferta, um suposto saber, e precisa entender as necessidades da equipe e como chegar nela, pois apoio é ajudar, mas também empurrar. É importante estabelecer junto um objetivo, a periodicidade dos encontros, o período permanência junto à equipe, os resultados que se esperam, negociando tudo isso.

Durante o período do estágio, a agenda da apoiadora teve um maior número de compromissos e atividades junto à gestão e momentos pontuais junto às equipes, sendo estes, geralmente, ocasionados por solicitação da equipe ou representando a Gerência para repasse de informações. Poucos foram os momentos em que a apoiadora conseguiu permanecer nas unidades de saúde durante tempo suficiente para acompanhar o cotidiano do trabalho das equipes, estranhar práticas e colocá-las em análise.

Para cumprir seu papel de contribuir na ampliação da democracia institucional e da clínica, o apoiador precisa estranhar as práticas naturalizadas, fazer perguntas, aguentar silêncios, colocar-se no lugar do outro, entender por que fazem, atentando para os processos e para as histórias por trás desses processos naturalizados. As equipes também têm sua própria produção (de normas, de conhecimento, etc.), não só consumo daquilo que vêm dos níveis hierárquicos superiores e por isso é importante conhecer a produção das equipes sobre a norma. A Política Nacional de Humanização oferece alguns dispositivos que poderiam compor ofertas do apoiador aliados à Educação Permanente, como o acolhimento e o Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2004).

Se o objeto de análise do apoiador institucional é o processo de trabalho, Merhy (2002a) nos traz que o trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho, não consegue se libertar do trabalho morto, mas pode questioná-lo, duvidar deste e escutar os ruídos presentes no cotidiano. Assim, pode-se reinventar a lógica desse mesmo processo de trabalho, a sua gestão, organização e finalidade. Então o apoiador seria um mediador desse processo, um instigador, que ao instigar e empurrar, é empurrado também e por isso precisa estar no cotidiano das equipes, além de ter liberdade para planejar o seu tempo e pactuar/contratar com as equipes a periodicidade dos encontros.

Foi possível acompanhar a implantação de algumas tecnologias no processo de trabalho das equipes no município, como o acolhimento e a territorialização. Durante o processo de implantação da tecnologia do acolhimento, representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre apresentaram as impressões gerais sobre a implantação do acolhimentos nas equipes:

- Sensação de que a implantação é imposta pelo nível central por parte dos trabalhadores;
- Grande heterogeneidade no desenvolvimento do acolhimento entre os serviços;
- As equipes são o reflexo dos seus gestores;
- Discursos contraditórios e diferentes da prática;
- Os serviços desconhecem a sua realidade para o planejamento ou não planejam;
- O nível do envolvimento dos apoiadores na implantação do processo é diretamente proporcional ao resultado.

A heterogeneidade acontece por conta do espaço que é deixado pela norma. É no “entre” o fazer de um e o de outro que as equipes produzem suas próprias normas, seu conhecimento. Esse é um espaço de potência, não um vazio. Merhy (2002b) afirma que os atores disputam a produção da gestão e de cuidado e todos tem capacidade de governo, por isso há uma produção por trás, no espaço deixado pela norma.

Quanto às reuniões de equipe na GD, foi possível perceber que estas são muito informativas e pouco propositivas, havendo por parte das equipes momentos pontuais de planejamento, monitoramento e avaliação. Também eram realizados poucos encontros em que a equipe desenvolvia atividades de educação permanente. Essas são semelhanças importantes com o espaço do colegiado gestor.

O modelo assistencial desenvolvido por várias das equipes de saúde na GD se assemelha ao descrito por Paim (1999) como modelo assistencial dos Centros de Saúde, sendo que este tem duas características principais. A primeira é de que estão voltadas para a “demanda espontânea” dos usuários, assim reforçando a procura dos mesmos pelo serviço apenas em momentos de necessidade, ou seja, de doença. A segunda característica é a realização das “campanhas/mutirões/eventos”. Estas campanhas se organizam como operações de combate a epidemias ou endemias (como a dengue) ou campanhas de vacinação (pólio, sarampo, etc.), e ainda através de programas de atenção a grupos específicos, como crianças, gestantes, idosos, etc.

Essas características geram diversos problemas, como os serviços oferecidos para atender a demanda espontânea nem sempre serem suficientes, causando uma permanente crise na organização dos serviços. As “campanhas” mobilizam um grande montante de recursos de forma concentrada e criam problemas na organização e administração dos serviços, comprometendo a rotina do antes e do depois da sua realização.

Esse modelo assistencial gera um planejamento do tipo “apagar incêndios”, onde não se questiona o modelo assistencial. A rotina acaba absorvendo as pessoas e se cria uma cultura organizacional resistente a mudanças, onde os trabalhadores se sentem abandonados pelo “nível central” e os trabalhadores do “nível central” acreditam que as equipes não conseguem planejar. Em Porto

Alegre, há a convivência entre o modelo já existente dos Centros de Saúde (que temos como referências o Modelo, o Santa Marta e o IAPI) e UBS e a atual expansão da ESF, pois a população deseja ter os especialistas (pediatras, ginecologistas) conquistados, com organização popular, e que atendem nas UBS.

O processo mais recente de implantação do acolhimento na GD vem trazendo resultados interessantes para algumas equipes, mas outras acabam operando na lógica do que Franco e Merhy (1999) descrevem como “modelo médico-procedimento-centrado”. Esta característica também está presente no modelo dos Centros de Saúde, onde a consulta médica é a centralidade do trabalho desenvolvido pela equipe e orquestra o plano terapêutico e a atuação dos demais profissionais, lhes tirando a autonomia. Algumas equipes na GD desenvolveram um sistema híbrido, onde algumas demandas específicas são programadas (sendo que nem todas as equipes sabem justificar por que priorizar essas demandas ou não particularizam para o seu território e população, seguindo as prioridades do município como um todo) e outras seguem o atendimento a demanda espontânea, através da distribuição de fichas para atendimento médico do dia e oferecendo dia de agendamento. Se a aposta é na mudança do modelo assistencial e organizacional, ampliando a clínica, a participação, com novas configurações tecnológicas do trabalho e mecanismos de cogestão, é preciso analisar o porquê de as equipes terem constituídas essas práticas e pensar caminhos colocando todos os profissionais da equipe para conversar, em roda.

A territorialização foi outro nó crítico que apareceu nas reuniões de equipe, pois estas vem encaminhando os usuários que buscam atendimento nas unidades e que estão de fora da sua área de abrangência para a unidade de referência, porém sem acompanhar o percurso destes até a unidade. Os casos de urgência/emergência são atendidos, mas são registrados apenas na produtividade da equipe, sem que seja aberto prontuário para o usuário em questão.

Sobre a ação de base territorial das equipes de SF, Franco e Merhy (1999) colocam que esta se afilia ao campo da vigilância à saúde e limita-se a ações de cunho “higienista” no ambiente, não permitindo a ampliação da clínica e “diminuindo as autonomias nos modos de se andar a vida”. Milton Santos (1994) nos traz uma noção interessante de território para lidar com as complexidades que os modos de viver e adoecer dos sujeitos nos apresentam, que é o de “território usado ou vivido”. Este é composto de horizontalidades (lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais). Assim, é importante contrapor essa lógica do território fechado, delimitado pelo desenho do mapa, com a lógica do uso que os usuários fazem deste território, conhecendo os percursos e itinerários destes no mesmo.

A Função do Apoiador Institucional junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A GD conta com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que estes mantêm uma relação ainda superficial com a apoiadora institucional. Dentro de uma perspectiva de cogestão, estes Núcleos estariam intimamente relacionados com o apoiador institucional, uma vez que o matriciamento acaba trazendo necessidades de mudanças nos processos de trabalho, objeto direto da análise e oferta do apoiador institucional. Esse apoio externo à equipe amplia a autonomia dos trabalhadores e, por isso, está intimamente relacionado a uma proposta de cogestão e democratização institucional.

Um desafio levantado por Campos (1998) que segue atual é a criação de espaços coletivos onde as equipes de saúde compartilhem da elaboração de planos gerenciais e terapêuticos,

sendo este apontado pelo autor como o principal entrave para a clínica ampliada e o trabalho interdisciplinar. E o NASF, enquanto apoio matricial, seria uma metodologia para a gestão do trabalho, buscando aumentar as possibilidades de clínica ampliada e integração entre as distintas profissões e especialidades, construindo e ativando espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2006).

Quanto às diferenças entre apoio institucional e matricial, Campos (2012) coloca que o apoio institucional é mais complexo, pois o apoiador vai criticar, vai propor mudanças e para isso precisa ter autonomia. Por isso, se um gestor ou funcionário com cargo de confiança da gestão for exercer a função de apoio, fica mais difícil de colocar na roda a gestão e se coloca muito mais a clínica ou outros aspectos. O apoio matricial estaria mais próximo dos conflitos entre profissões, tendo o objetivo de borrar as fronteiras, ampliar o campo, trazendo a atenção para o usuário e tirando-a das corporações. Ou seja, o apoiador institucional teria como objeto a gestão do trabalho em saúde, voltado para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e os modos de relação entre sujeitos em uma organização. Já o apoiador matricial teria como objeto a gestão da clínica pautada no trabalho interdisciplinar, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2006; OLIVEIRA, 2011; CAMPOS, 2012).

A relação entre a apoiadora institucional e os NASF era pequena, apesar do NASF e a apoiadora apontarem a necessidade dessa relação. Nesse ponto, mais uma vez o cotidiano sempre muito intenso em quantidade de compromissos acabava reduzindo o espaço para um planejamento conjunto de agendas entre o NASF e a apoiadora para levantar necessidades de trabalho conjunto ou complementar.

A Função do Apoiador Institucional no Colegiado Gestor

A reunião do Colegiado Gestor é um espaço informativo, com apresentação de orientações e programas da SMS. Os coordenadores que participam propõem poucas pautas e poucos se manifestam durante a reunião.

Quando sugere os colegiados gestores enquanto dispositivo de cogestão, Campos propõe um redesenho das relações institucionais, onde os serviços de saúde não estariam mais divididos por departamentos e estes organizados conforme as corporações profissionais (exemplo: departamento de nutrição, departamento de cirurgia, etc.), mas assumiriam um novo arranjo pautado nas Unidades de Produção (UP). Estas unidades seriam uma espécie de departamento composto por profissionais que trabalham um mesmo território, com o mesmo tipo de usuário e de problemas de saúde, podendo ter mais de um diretor e de diferentes profissões, “um coletivo organizado para a produção em torno de um objeto de trabalho em comum” (CAMPOS, 1998; CUNHA; CAMPOS, 2011). O colegiado de gestão seria formado por representantes da gestão, os coordenadores das UP e os apoiadores (institucional e matricial).

Campos (1998) coloca que no método de gestão colegiada todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho, isolado ou em lugar dos outros. Assim, as funções de dirigente não estariam eliminadas, mas não seriam as únicas, sendo que cada um destes diretores cumpriria funções executivas, operacionais ou de controle, assegurando o cumprimento das deliberações e a tomada de decisão sobre as pautas não trabalhadas no colegiado e que exigem resposta ágil.

O autor destaca que os colegiados não substituem nem devem se confundir com os conselhos de saúde, onde há participação majoritária de usuários, pois tem função operacional, interna à organização. Porém, os colegiados estariam subordinados aos conselhos. Uma forma de aproximar colegiado e usuários seria a realização de assembleias de usuários em que o colegiado estivesse presente.

O colegiado gestor não é a única e definitiva resposta para a democratização das instituições, devendo estar aliado a outras estratégias, como o apoio institucional, ou estratégias concretas de educação permanente tanto para trabalhadores quanto para os gestores. Os colegiados gestores também não são a instituição, mas um apoio à gestão, pois não dão conta da complexidade das decisões institucionais. Apostar no colegiado gestor é apostar em ampliar o diálogo, gerenciar e ser gerenciado, comprometer com responsabilidade os trabalhadores no projeto de gestão. Cecílio (2010) coloca que o gerente de um serviço que escolhe apostar em um colegiado gestor deve ser preparado e apoiado para lidar com a própria implicação na instituição de saúde e para a condução do espaço do colegiado, podendo, assim, compreender as possíveis tensões e dificuldades do dispositivo escolhido.

A Função do Apoiador Institucional junto à Equipe de Monitoramento

A Equipe de Monitoramento tinha um plano de trabalho a partir da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde da SMS, onde seriam estabelecidas as prioridades de saúde da GD dentre as prioridades municipais. A partir da escolha das áreas prioritárias, seriam levantados dados para conhecer melhor essas áreas e elaboradas matrizes de monitoramento, pensando ações e analisando aquelas que já estavam em andamento (estabelecendo insumos, processos, produtos, resultados e impactos).

Esse é um espaço potente para estabelecer uma cultura de planejamento na GD, oferecendo subsídios concretos para a tomada de decisão, porém há uma grande resistência ao envolvimento com este espaço, que acaba não sendo priorizado. Além disso, por ter a participação de coordenadores de diferentes serviços, estes teriam contato com ferramentas de planejamento que poderiam levar às suas equipes.

Aqui, propomos uma nova organização que pode ajudar a estabelecer esse fórum. Foi possível perceber, no estágio, que muitos na GD, na equipe de monitoramento e nas equipes dos serviços têm dificuldades em lidar com dados e informações em saúde, tendo dificuldade em pesquisar fontes e utilizar estes para análise em saúde, sendo este um elemento importante para a tomada de decisão no cotidiano da gestão. Assim, propomos a constituição de uma Sala de Situação em Saúde, definida como uma ferramenta para favorecer o uso de informação em saúde para a tomada de decisão (OPAS, 2010). Visto que a equipe se reúne quinzenalmente, como havia sido pactuado, é insuficiente para se debruçar sobre os dados, gerar informação, analisar e decidir, principalmente se levarmos em conta a necessidade de um planejamento participativo envolvendo diferentes atores, vindos de suas rotinas de vida e de trabalho. Esta sala estaria alinhada à proposta de democratização institucional ou cogestão analisada ao longo do texto.

Esta sala seria um laboratório de aprendizagem de estudantes da saúde da Universidade, dos próprios trabalhadores e dos conselheiros do controle social sobre análise de situação em saúde, oferecendo dados, indicadores, informação em saúde, relatórios e notas técnicas para a equipe de monitoramento. Além disso, a equipe da sala seria responsável por construir e conduzir oficinas de planejamento junto às equipes e aos CLS. Assim, a sala seria um espaço físico com computadores (poderiam ser quatro computadores), e uma equipe composta por um monitor, estudantes e um membro da equipe de monitoramento.

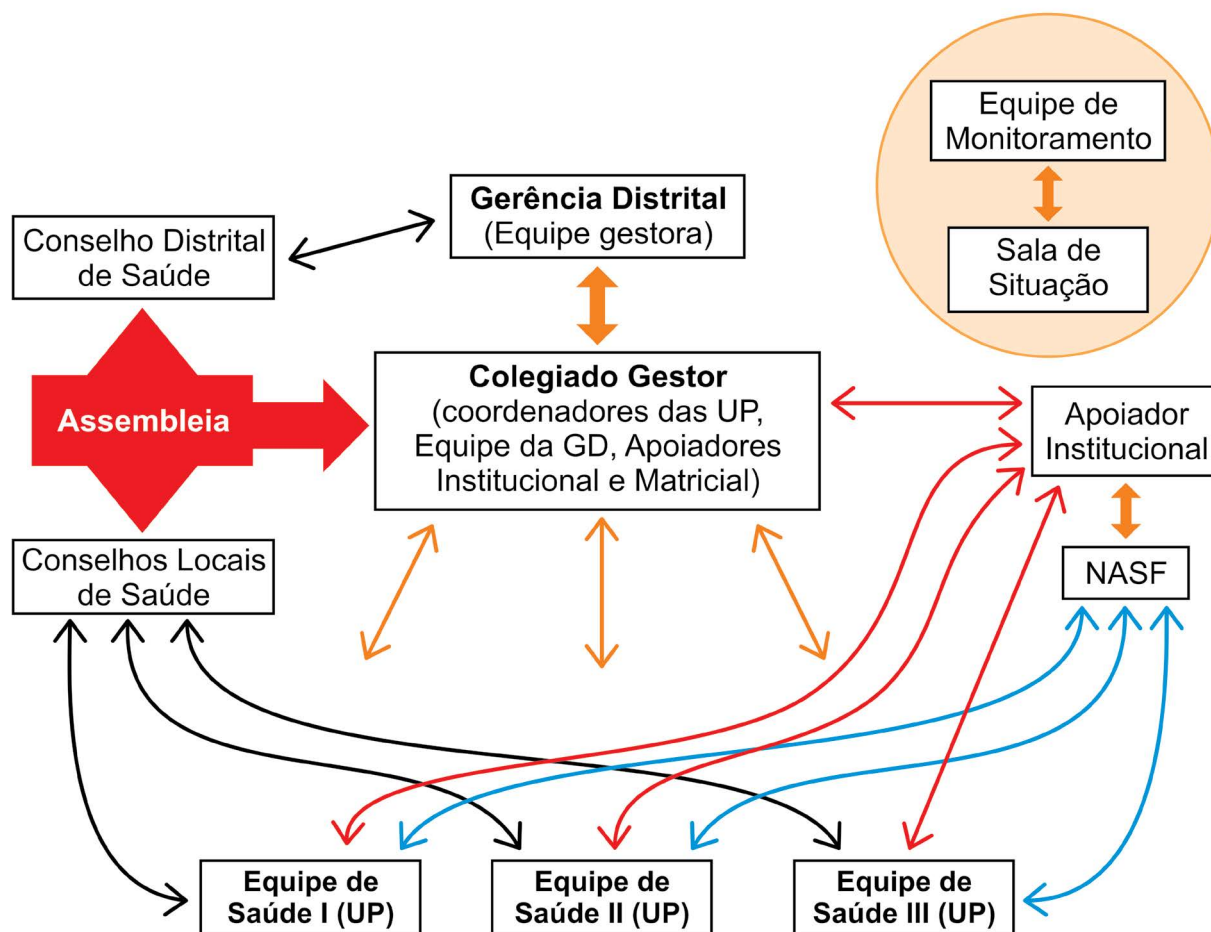
O monitor poderia ser um estudante bolsista que tivesse habilidades com informática e com os sistemas de informação do SUS, um trabalhador designado para tal função, ou uma espécie de consultor que ficaria 20h semanais na sala. O membro da equipe de monitoramento estaria em alguns turnos no espaço (a pactuar com o trabalhador e demais componentes da sala de situação) para colaborar com a produção de informações em saúde, trazendo as necessidades e sugestões da equipe de monitoramento, ajudando a construir e conduzir as oficinas de planejamento junto às equipes e trocando experiências, em um processo de ensino-aprendizagem onde trariam

informações do seu serviço e da equipe de monitoramento e aprenderiam com os demais). Esta função seria rotativa entre os membros da equipe de monitoramento, ficando cada membro por 3 ou 4 meses. Neste espaço, teríamos estudantes de diferentes cursos da saúde acompanhando o monitor e sendo orientados por este.

Desenho das Relações Institucionais proposto a partir do Referencial Teórico

No desenho esquemático representado na Figura 1, está descrita uma proposta das relações dos diferentes atores com a instituição e as relações intitucionais, objetivando aproximar-se do método proposto por Campos (1998) para a democratização institucional a partir da análise descrita ao longo deste texto. Cabe destacar que a equipe de monitoramento e a sala de situação não apresentam flechas indicando a relação destas com os demais, pois elas compõem com qualquer elemento descrito na figura:

Figura 1: Proposta de desenho esquemático das relações institucionais e com diferentes atores envolvidos no processo decisório, Gerência Distrital, Porto Alegre/RS



Conclusões e Considerações Finais

A GD do município de Porto Alegre analisada é um espaço muito complexo e diverso, por isso é preciso tempo para poder aprofundar e problematizar a vivência do cotidiano de trabalho oferecido pelo campo. Pensando no desenvolvimento do estágio curricular, consideramos as gerências de Porto Alegre espaços ricos para o mesmo justamente pela diversidade de serviços e espaços que as compõem, permitindo contemplar diferentes vivências pelos estagiários.

Foi possível perceber durante a experiência na GD o quanto a relação com a Universidade traz elementos novos e problematizadores do cotidiano dos serviços de saúde da mesma, mas que esta relação é carregada de tensionamentos. Assim, sugere-se que o estágio curricular, através do elo estabelecido entre orientadores da Universidade e supervisores de campo, possa desenvolver programas/projetos que ajudem no desenvolvimento e implementação da função do apoio institucional e dos diferentes espaços analisados neste texto. As ações compreendidas dentro destes programas/projetos possivelmente iriam além do período de estágio de cada estudante da Saúde Coletiva, mas seriam acompanhadas por estes durante o seu período de estágio. Para isso, se destaca a necessidade de maior aproximação dos orientadores com o campo, para que estes sejam os proponentes em parceria com a GD e o controle social. A sugestão oferecida no decorrer do presente texto, da constituição de um espaço para uma Sala de Situação em Saúde, que possa articular diferentes serviços e oferecer elementos para o planejamento e a gestão, poderia ser uma das possibilidades de intervenção no âmbito da Gerência. Por fim, cabe ressaltar que a função prevista por Campos (1998) para o apoiador institucional e para o matricial se destacam enquanto possibilidades de atuação para o sanitarista egresso do Bacharelado em Saúde Coletiva, visto que este, ao longo de sua formação, discute algumas importantes ferramentas e dispositivos para o exercício dessas funções.

Referências

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados preliminares da amostra do Censo Demográfico*, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 26 jun. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, 14(4): 863-870, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. *Paidéia e a Gestão: Indicações Metodológicas sobre o Apoio*. 2001/2003. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/19388949/839285787/name/Apoio+Paid%C3%A9ia+-+Gast%C3%A3o.pdf>. Acesso em 26 jul. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22(X): 1547-1555, 2006.
- Cecílio, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (3): 557-566, março, 2010.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- FRANCO, T.; MERHY, E. *Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa*

- Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial*. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>. Acesso em: 23/06/2013.
- MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E., ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002a.
- MERHY, E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b.
- OLIVEIRA, G. N. *Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. A.; NAOMAR FILHO, A. *Epidemiologia & saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Porto Alegre, 2013.
- SANTOS, M. *Território globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

ANÁLISE COMPARATIVA DE INDICADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

Stefania Rosa da Silva¹
Cristianne Maria Famer Rocha²

Resumo: A doutrina dos cuidados primários em saúde, proveniente da Declaração de Alma-Ata, influenciou a formulação de políticas de saúde no Brasil e, por sua vez, as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal em 1988. A Atenção Básica (AB) é, no Brasil, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, tendo como estratégia prioritária para sua organização a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica foi instituída e, para sua implementação, criou-se o Pacto da Atenção Básica, que passou a ser inserido no Pacto pela Saúde que, por sua vez, é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão. Com o objetivo de analisar comparativamente os indicadores de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem e as que não possuem Estratégia de Saúde da Família, foi realizada, no presente estudo, uma análise de alguns indicadores de produtividade pertencentes às Linhas-Guia inseridas no Pacto pela Vida. A pesquisa, em série histórica (de 2008-2012), foi realizada no município de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. A metodologia utilizada foi análise descritiva dos indicadores selecionados. Os resultados preliminares, mesmo que representem peculiaridades regionais, possibilitaram a percepção de que, em linhas gerais, as UBS tradicionais apresentaram maior produtividade quando comparadas a UBS com ESF (a exceção do indicador de puericultura), fato que demonstra que, apesar da construção de vínculos ser pressuposto básico da ESF, objetivando maior aproximação e comprometimento com os usuários e, conseqüentemente, maior produtividade, tal situação, na prática, segundo os dados coletados, não está repercutindo nas ações em saúde preconizadas no Pacto.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Pacto pela Vida.

O SUS e a Atenção Básica

A Constituição Federal definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; entre outros.

Nesses termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos. Em vista disso, o atendimento ofertado

¹ Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: fani_rosa@hotmail.com

² Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

à população se divide em três níveis de complexidade: Atenção Primária em Saúde (APS), redefinida, no país, como Atenção Básica (AB), média complexidade e alta complexidade.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, define a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

Conforme o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a AB se constitui como contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Sendo assim, é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, empregando tecnologia de baixa densidade.

A referida “porta de entrada” tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado ainda no ano de 1994 com a proposta inicial de uma cobertura assistencial em áreas de maior vulnerabilidade social, foi redefinido como estratégia central do Ministério da Saúde (MS) no ano de 1998. A ESF é composta por equipe multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS), onde a figura do ACS assume papel fundamental na construção de vínculos com a comunidade, trabalhando com territórios de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (SCOREL et al., 2007).

Por trabalhar na perspectiva da construção de vínculos, deve prevalecer na AB e, conseqüentemente, na ESF o uso de tecnologias leves, relacionais. Segundo Merhy, a mudança do modelo técnico-assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, que significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

No que tange ao financiamento da ESF, segundo a Portaria nº 648, de 2006 (BRASIL, 2013), há duas modalidades de repasses fundo a fundo, que se baseiam no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A modalidade I se subdivide em:

ESF implantada em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; nos municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); e naqueles que atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Quanto à modalidade II, corresponde a ESF implantada em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade I.

Do Pacto pela Atenção Básica ao Pacto pela Saúde

O Pacto da Atenção Básica, criado no ano de 2002, tinha como objetivo constituir-se um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da AB em todo território nacional. Posteriormente, passou a ser inserido no Pacto pela Saúde de 2006, que, por sua vez, corresponde a um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. Compõe-se pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto Pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários a serem implantados pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais a partir de pactuações locais. Sendo assim, estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

Objetivo

O presente artigo tem por objetivo analisar comparativamente, por meio de dados secundários, alguns indicadores do Pacto pela Vida, identificando, assim, se existe diferença significativa no índice de produtividade das duas formas técnico-assistenciais, ou seja, se UBS do modelo tradicional, sem ESF, e UBS com ESF possuem resultados diferenciados de produtividade de indicadores selecionados, em termos quantitativos.

Metodologia

A pesquisa quantitativa trabalha com amostras geralmente grandes e consideradas representativas da população, onde os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda população alvo da pesquisa. Tal abordagem é centrada na objetividade e trabalha com dados brutos (FONSECA apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Nesse sentido, entende-se que o estudo quantitativo é mais adequado para alcançar o objetivo desse trabalho.

Partindo-se das linhas-guia do Pacto pela Vida, selecionaram-se os seguintes indicadores, cuja produtividade pode ser gerada por UBS no município de Caxias do Sul (RS):

Linha-guia	Indicador	Indicador
	Consulta	Procedimento
1) Atenção à saúde do idoso	Consulta/atendimento domiciliar na AB	1.1) Acompanhamento e avaliação domiciliar do paciente 1.2) Assistência domiciliar por equipe multiprofissional 1.3) Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional 1.4) Assistência domiciliar por profissional de nível médio
2) Controle do câncer de colo de útero e de mama		
3) Redução da mortalidade infantil e materna	3.1) Consulta p/ acompanhar crescimento/desenvolvimento (puericultura) 3.2) Consulta pré-natal 3.3) Consulta puerperal	3.1) Avaliação antropométrica 3.2) Coleta de material para exame citopatológico de colo 3.3) Coleta de sangue para triagem neonatal 3.4) Ordenha mamária
4) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS	4.1) Consulta ao paciente curado de tuberculose 4.2) Consulta com identificação de casos novos de TBC	4.1) Biopsia de pleura (por agulha/pleuroscopia) 4.2) Coleta de linfa para pesquisa de M. Leprae 4.3) Testes rápidos para triagem de sífilis e/ou HIV
5) Promoção da saúde	Consulta para avaliação clínica do fumante	Abordagem cognitiva comportamental do fumante
6) Fortalecimento da atenção básica	6.1) Consulta médica em atenção básica 6.2) Primeira consulta odontológica programática	6.1) Controle diabéticos 6.2) Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
7) Saúde do trabalhador	Consulta médica em saúde do trabalhador	
8) Responsabilidades na participação e controle social		
9) Saúde mental		9.1) Terapia em Grupo 9.2) Terapia individual 9.3) Atendimento em psicoterapia de grupo 9.4) Atendimento individual em psicoterapia
10) Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência		10.1) VD/institucional em reab-p/prof. de nível superior
11) Saúde do homem		11.1) Camp. Diab. 40 a 44 anos-SX masculino glic Cap/ano 11.2) Camp. Diab. 45 a 49 anos-SX masculino glic Cap/ano 11.3) Camp. Diab. 50 a 54 anos-SX masculino glic Cap/ano

Após análise preliminar dos gráficos que representam os indicadores apontados acima, optou-se pela seleção daqueles mais significativos para o alcance do objetivo desse trabalho que, como mencionado anteriormente, constitui-se no comparativo entre a produtividade (avaliação quantitativa) das UBS com e sem ESF no período de 2008 a 2012.

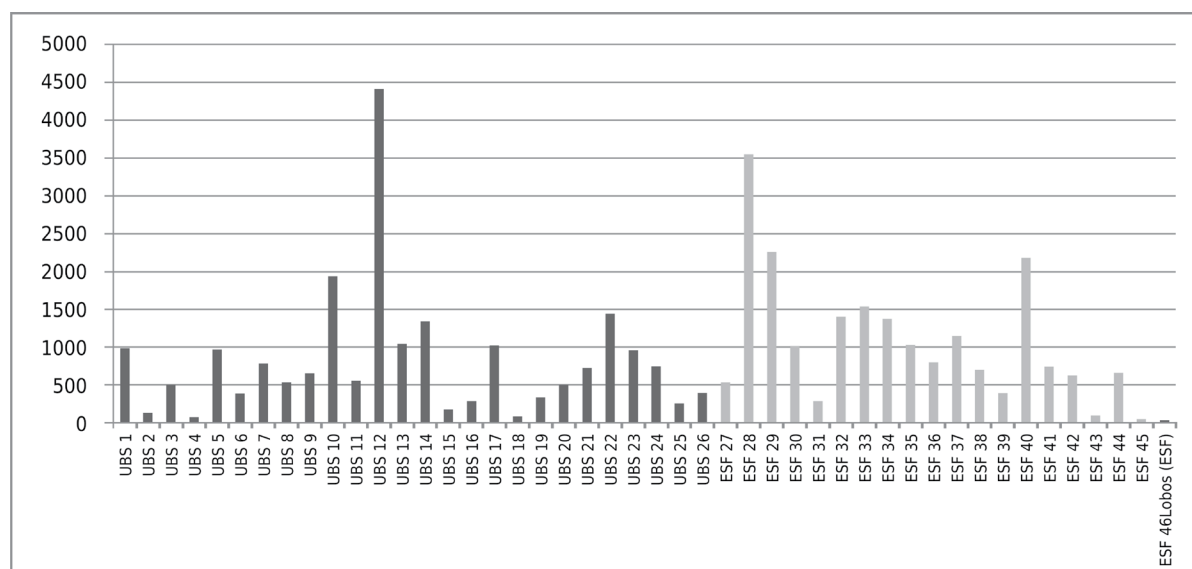
Registra-se que no município de Caxias do Sul existe um total de 46 UBS, sendo 26 destas do modelo “tradicional” (ou seja, sem ESF). Para melhor visualização gráfica, identificaram-se as unidades por meio de numeração e em ordem alfabética. Seguem inicialmente as UBS tradicionais: 1) Alvorada; 2) Ana Rech; 3) Bela Vista; 4) Belo Horizonte; 5) Centro de Saúde; 6) Cinquentenário; 7) Cristo Operário; 8) Cruzeiro; 9) Desvio Rizzo; 10) Diamantino; 11) Eldorado; 12) Forqueta; 13) Madureira; 14) Pioneiro; 15) Planalto; 16) Planalto Rio Branco; 17) Rio Branco; 18) Sagrada Família; 19) Santa Lúcia; 20) São Ciro; 21) São José; 22) São Leopoldo; 23) São Vítor Cohab; 24) Século XX; 25) Serrano; e 26) Tijuca.

Já as UBS com ESF (total de 20) são as seguintes: 27) Centenário; 28) Criúva; 29) Esplanada; 30) Fátima Alta; 31) Fátima Baixa; 32) Fazenda Souza; 33) Galópolis; 34) Mariani; 35) Parque Oásis; 36) Reolon; 37) Salgado Filho; 38) Santa Fé; 39) Santa Lúcia Piaí; 40) São Caetano; 41) São Vicente; 42) Vila Cristina; 43) Vila Ipê; 44) Vila Lobos; 45) Vila Oliva; e 46) Vila Seca.

Apresentação dos Resultados

Partindo-se da análise de produtividade por UBS, geraram-se gráficos únicos por indicador, visando facilitar a visualização dos resultados obtidos na comparação proposta pelo presente estudo. Na análise dos gráficos, conforme segue, aponta-se ainda a porcentagem do indicador, calculada por meio de regra de três simples, de acordo com o respectivo modelo técnico-assistencial de atendimento (estão representadas nos gráficos a produção de todas as UBS, porém as numerações que aparecem são geradas automaticamente pelo programa Excel, que nomina apenas as UBS de numeração ímpar):

Gráfico 1: Coleta de material para exame CP de Colo

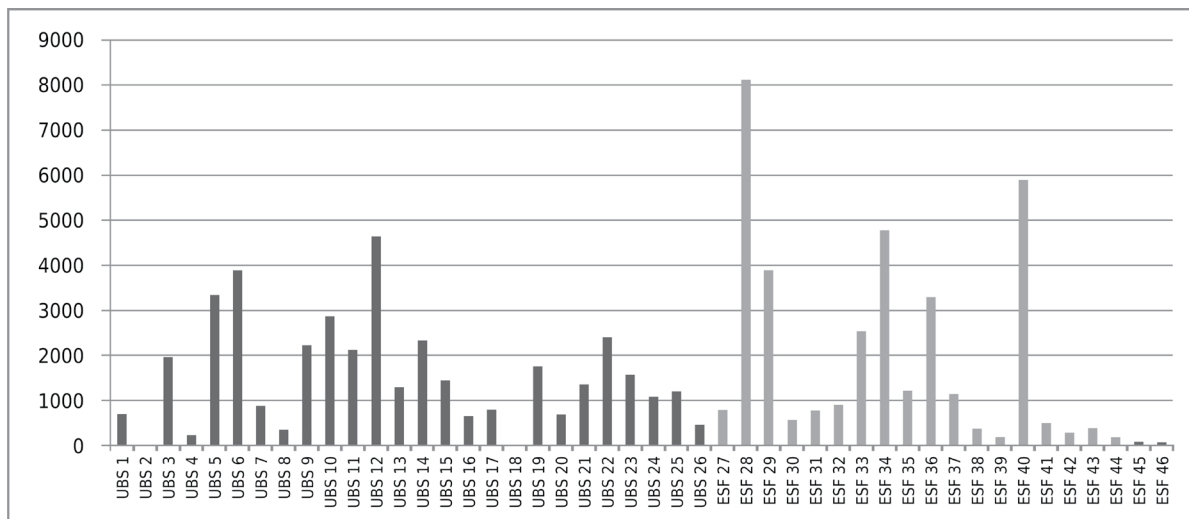


Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Quando totalizamos os dados apresentados no Gráfico 1, vemos que, entre os anos selecionados, o total de atividades de coleta de material para Exame Citopatológico de Colo (Linha-guia 3: Redução da mortalidade infantil e materna) não apresentou diferença significativa quanto ao índice de produtividade em UBS tradicionais (50,96%) e UBS com ESF (49,03%). Chama-se a atenção que,

conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de colo de útero é o segundo que mais aparece na população feminina, constituindo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, sendo que anualmente ocorrem 4,8 mil vítimas fatais e a incidência é de 18.430. O câncer de colo de útero têm chances altíssimas de cura (100%) caso descoberto em estágio inicial, para tanto basta que as mulheres façam os exames de prevenção disponíveis na rede pública. No entanto, ambos os modelos realizaram pequeno número deste procedimento.

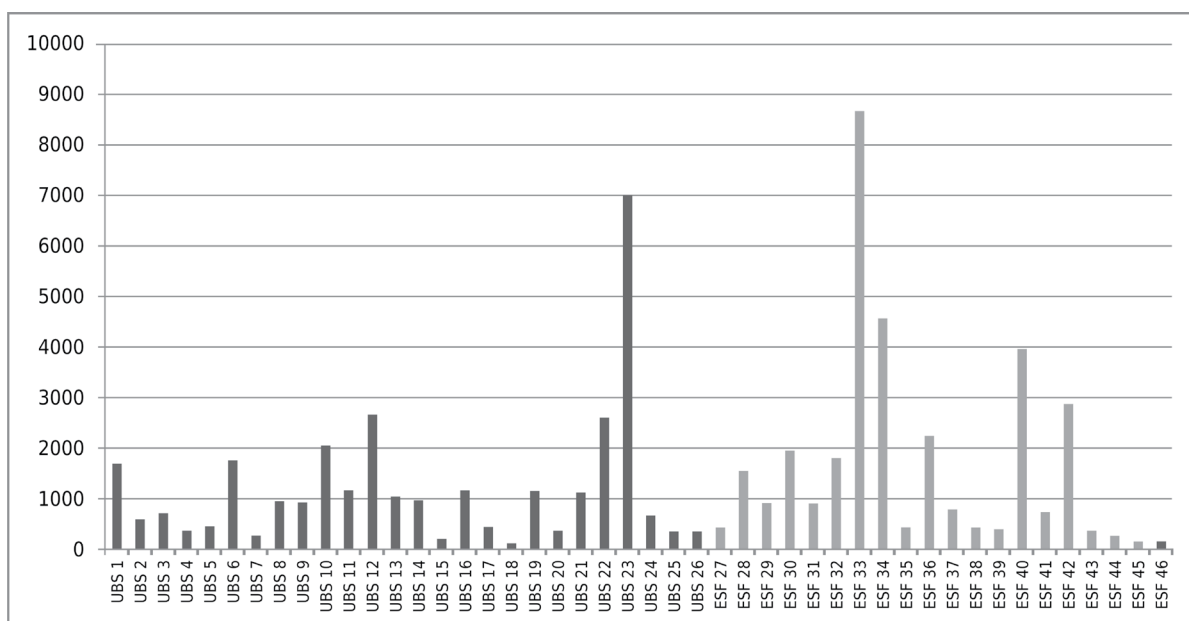
Gráfico 2: Consulta Pré-natal



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Apesar de duas UBS com ESF se destacarem no número de consultas de pré-natal realizadas (Linha-guia 3: Redução da mortalidade infantil e materna), as UBS tradicionais apresentam um indicador de produtividade maior (52,84%) do que as UBS com ESF (47,15%).

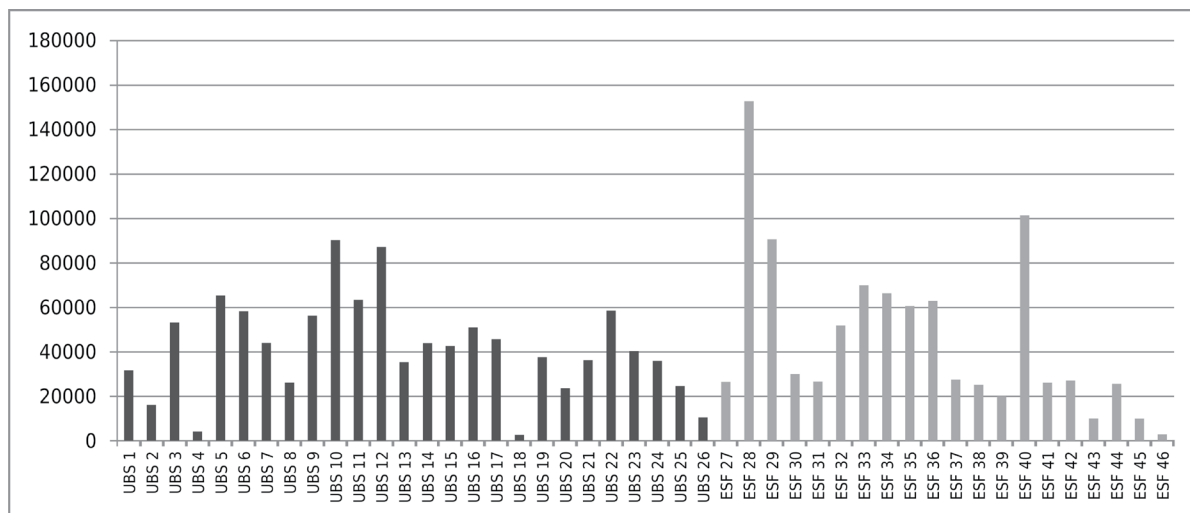
Gráfico 3: Consulta para acompanhamento e desenvolvimento de Puericultura



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

O Gráfico 3 parece indicar que não há diferença, em linhas gerais, entre UBS tradicionais e UBS com ESF. No entanto, o fato de existir quatro UBS com ESF que se sobressaem na escala faz com que a porcentagem do indicador em UBS com ESF (51,84%) seja maior que em UBS tradicionais (48,15%).

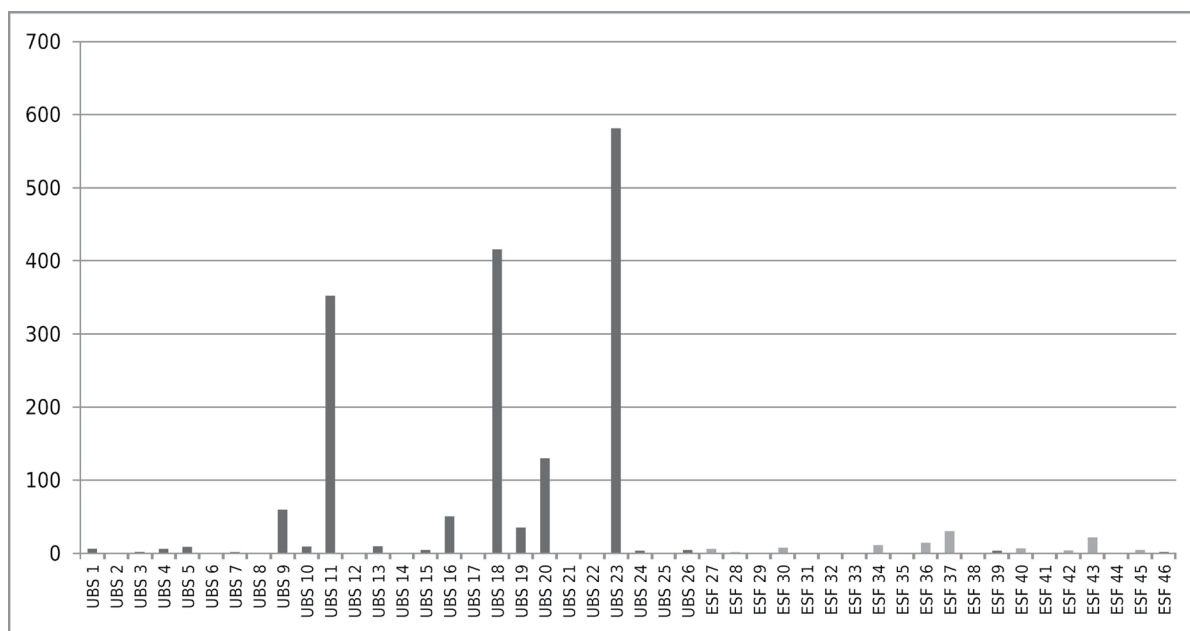
Gráfico 4: Consulta médica em Atenção Básica



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

No que tange ao indicador de Visita Domiciliar (VD) por profissional de nível superior (enquadrado na Linha-guia 10: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência), percebe-se que apesar de as UBS com ESF possuírem carro disponível para visitas semanais por equipe, enquanto as UBS tradicionais não têm esta disponibilidade, não há diferença marcante entre os dois modelos de atenção à saúde, sendo tal afirmação amparada pela própria porcentagem de VD realizadas (50,84% em UBS com ESF e 49,15% em UBS tradicionais).

Gráfico 6: Atividade educativa/orientação em grupo



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Por fim, a análise do último gráfico (Linha-guia 6: fortalecimento da Atenção Básica) evidencia o destaque significativo das UBS tradicionais na abordagem de promoção e educação em saúde, uma vez que realizam 93,70% do total das atividades educativas e de orientação em grupo, enquanto que as ações de UBS com ESF para este indicador representam apenas 6,29%. Mesmo sendo a promoção em saúde uma das diretrizes norteadoras da própria legislação do SUS (Lei 8.080/90) salienta-se o pequeno número de UBS que realizam tais atividades, evidenciando, assim, que a atenção à saúde ainda se restringe em grande parte apenas à assistência individual e curativa, mesmo em se tratando de um novo modelo de atenção que vem sendo, há mais de uma década, instituído no país.

Conclusão

O presente estudo buscou analisar comparativamente alguns indicadores de produtividade, identificando possíveis diferenças significativas nos modelos organizativos de prestação de serviços de saúde, ou seja, em UBS tradicionais e nas que possuem ESF, pertencentes às Linhas-guia inseridas no Pacto pela Vida, em série histórica (de 2008-2012), no município de Caxias do Sul/RS, pertencente à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para tanto, após análise preliminar dos gráficos, partindo-se dos indicadores apontados como representativos das Linhas-guia, optou-se pela seleção daqueles com maior índice de produtividade.

Por este motivo, foram apresentados os gráficos de coleta de material para CP, consulta de pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento de puericultura, consulta médica em atenção básica, visita domiciliar por profissional de nível superior e atividade educativa. Na análise descritiva realizada, apresentou-se, ainda, a porcentagem, calculada por meio de regra de três simples, correspondente a cada modelo organizativo técnico-assistencial.

O resultado, decorrente dos dados apresentados, foi a constatação de que, no indicador de coleta de material para exame de CP de colo, a produtividade em UBS tradicionais é praticamente a mesma do que em UBS com ESF. No indicador de consulta de pré-natal, UBS tradicionais apresentam um indicador de produtividade relativamente maior do que as UBS com ESF. Já no indicador de puericultura, UBS tradicionais aparecem atrás de UBS com ESF. No indicador de consulta médica em atenção básica, a produtividade em UBS tradicionais é significativamente maior do que em UBS com ESF. Em visitas domiciliares por profissional de nível superior, a porcentagem de produtividade é muito semelhante em ambos os serviços analisados. Por fim, o último indicador analisado (atividade educativa/orientação em grupo) evidencia que UBS tradicionais realizam um número consideravelmente superior em relação ao total das atividades educativas e de orientação em grupo realizadas nas UBS com ESF.

A análise dos indicadores elencados possibilitou a percepção de que, em linhas gerais, UBS tradicionais apresentaram maior produtividade quando comparadas a UBS com ESF (à exceção do indicador de puericultura), fato que demonstra que, apesar da construção de vínculos ser pressuposto básico da ESF, objetivando maior aproximação e comprometimento com os usuários e, conseqüentemente, maior produtividade, tal situação, na prática, segundo os dados coletados, não está repercutindo nas ações em saúde preconizadas no Pacto. Chama-se a atenção, ainda, a possível debilidade/carência de registro das ações realizadas pelas UBS tanto tradicionais quanto com ESF.

Conclui-se, com isso, que não basta um modelo de atenção ser implantado verticalmente se não houver a real transição tecnológica, onde a saúde passa a ser decorrência das tecnologias leves, relacionais, e onde o cuidado é integral, operando, efetivamente, em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrando-se nas necessidades dos usuários. Tais linhas de cuidado, por sua vez, levam em conta a Gestão do Cuidado, que considera múltiplas dimensões, quais sejam, individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Nesse sentido, evidencia-se a importância do envolvimento dos profissionais de saúde trabalhando em uma perspectiva interprofissional e interdisciplinar em que prevaleça o campo entre as profissões, não se restringindo ao núcleo de saberes e práticas de cada formação (CECCIM, 2004/2005). Assim, o processo de trabalho em saúde constituir-se-á sobre o conceito de rizoma que é, de acordo com Deleuze e Guatari, o produzir em si mesmo (apud FRANCO, 2006).

No trabalho em saúde, a lógica predominante deve ser a usuário-centrada (MATOS et al., 2009), onde os profissionais de saúde incentivem a construção de sujeitos sociais e, parafraseando Ceccim (2005), a geração de afetos alegres. Para tanto, deve-se avançar na educação permanente dos trabalhadores, que passam a ser entendidos não mais como recursos humanos e sim como coletivos organizados de produção da saúde (CECCIM, 2005).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Seminário “Aprimoramento do Pacto pela Saúde com o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde”*. Rio de Janeiro, 17 de abril de 2012.
- BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005, p. 161-178,
- CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Para entender a Gestão do SUS*. Assistência de Média e Alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, n.21, v.2, p. 164-176, 2007.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 459-473.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*, 1978. Disponível em <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199>. Acesso em: 10 dez. 2012.

MORTALIDADE INFANTIL NA CIDADE DE PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DAS REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO

Anelise Hahn Bueno¹
Élen Jiovana Oliveira da Rocha²
Mário Sérgio Ferreira Lacerda³
Neusa Beatriz Barcelos de Farias⁴
Simone Oliveira Ayala⁵
Stela Nazareth Meneghel⁶

Resumo: A mortalidade infantil no município de Porto Alegre apresentou uma redução de 47% na última década, apresentando valores de 9,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Embora muitos trabalhos tenham focado este tema, ainda há necessidade de pesquisar e analisar dados referentes a esse indicador. Este trabalho analisou indicadores de condições de vida da população de Porto Alegre, segundo o recorte espacial das regiões do Orçamento Participativo (OP), para avaliar a relação com o coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Este é um estudo ecológico de corte transversal que relacionou a mortalidade infantil com variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde, obtidas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e dos censos demográficos do IBGE, processados pelo Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA). Realizou-se análise bivariada usando o teste de correlação de Pearson por meio do programa SPSS® versão 21.0. Onze das quinze variáveis explanatórias com $p < 0,20$ foram incluídas em um modelo de regressão linear múltipla. A região Noroeste obteve o menor CMI (6,28) e a região Nordeste apresentou a mais alta, com 18,75 óbitos para cada mil nascidos vivos. Cinco variáveis permaneceram significativas após o teste: homicídios ($p = 0,015$), nascidos de mães com baixa escolaridade ($p = 0,002$), parto cesáreo ($p = 0,01$), escolaridade do responsável pelo domicílio ($p = 0,068$) e analfabetismo da população negra ($p = 0,011$). Os achados do presente estudo mostram que há relação entre a mortalidade infantil com cenários sociais de múltiplas carências e que constituem espaços propícios para a manifestação da violência. As desigualdades e a complexidade das relações evidenciadas representam a sugestão da existência de “territórios de vulnerabilidade” para a mortalidade infantil, distribuídos e expressos de forma ímpar no município.

Palavras-chave: Mortalidade infantil; Vulnerabilidade; Homicídios.

Introdução

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2000, estabeleceu os oito objetivos do milênio – chamados no Brasil de “Oito jeitos de mudar o mundo” – que compreendiam metas para todos os seus países-membros. Entre esses objetivos está reduzir a mortalidade infantil – número de

1 Acadêmica do Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: anehahn@yahoo.com.br

2 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: elenjorochoa@yahoo.com.br

3 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: lunatarta@yahoo.com.br

4 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: neusadefarias@gmail.com

5 Acadêmica do Bacharelado de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: ayalasimone@gmail.com

6 Médica, Professora do Bacharelado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: stelameneghel@gmail.com

crianças que morrem antes de completar um ano de vida para cada mil nascidos vivos – a uma taxa de 16 óbitos por mil nascidos vivos até 2015 (UNICEF, 2006).

Historicamente o Brasil manteve elevadas taxas de mortalidade infantil, apesar do processo de diminuição observado nas últimas décadas a partir do surgimento de diversas estratégias que impactaram este cenário. No ano de 1980 a taxa era de 82,8 óbitos por mil nascimentos; em 1994 e 2004 as taxas foram de 39,5 e 26,6 respectivamente, período em que se registrou uma redução de 32,6% (UNICEF, 2006).

Visando o alcance das metas estabelecidas pela ONU, foi lançado em 2003 o “Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente”, cujo objetivo era reduzir o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de 30,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 24 óbitos por mil nascimentos até 2007 (BRASIL, 2012). Dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) revelaram que na última década houve uma redução de 47% na mortalidade infantil no Brasil. A taxa registrada em 2010 foi de 15,6 óbitos por mil nascidos vivos, atingindo a meta estabelecida pela ONU.

Entre as grandes regiões brasileiras, a maior diminuição foi observada na região Nordeste (59%) passando de 44,7 em 2000 para 18,5 óbitos por mil nascidos vivos em 2010. A região Sul continua apresentando as menores taxas do país – 18,9 em 2000 e 12,6 em 2010 (IBGE, 2012). Essa redução também ocorreu na cidade de Porto Alegre, que alcançou o menor índice da história em 2011, correspondendo a 9,1 óbitos por mil nascidos vivos. O decréscimo registrado entre 2000 e 2011 foi de 38,4% (OBSERVAPOA, 2012). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (OBSERVAPOA, 2012), essa redução reflete a melhoria das condições de vida da população e do nível de escolaridade das mães, assim como o aprimoramento das ações de saúde materna (pré-natal) e infantil (triagem neonatal, vacinação e puericultura).

Com o objetivo de identificar os principais fatores de risco para mortalidade infantil e causas de óbito relatados na literatura, Santos et al. (2010) detectaram nos estudos realizados antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) uma forte relação dos fatores socioeconômicos com o CMI, e uma tendência de associação com características do recém-nascido, maternas, assistenciais e socioeconômicas na análise de produções de 2005 a 2008. A redução da mortalidade por doenças infecciosas e respiratórias aumenta a importância das causas perinatais e malformações congênitas. Esta situação implica no desafio da construção da equidade no acesso a serviços de saúde de qualidade, além da instituição de políticas públicas que visem à diminuição das desigualdades socioeconômicas e no acesso ao saneamento básico.

Hernandez et al. (2011) apontam que, em geral, os estudos visando avaliar a tendência de mortalidade infantil e fatores associados consideraram as diferenças sociais e o acesso desigual a diversos equipamentos sociais, porém não permitem determinar com mais precisão a tendência secular dessa taxa, bem como o impacto desses fatores ao longo do tempo. Esses autores desenvolveram estudo a fim de contribuir para a análise das tendências das taxas de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal e de seus fatores de risco, investigando uma longa série temporal na cidade de Porto Alegre. Entretanto, a distribuição espacial destes dados não foi considerada, o que Shimakura et al. (2001) realizaram quando buscaram identificar a forma como se distribuíam esses óbitos e seus determinantes de risco no território da cidade.

O conhecimento do comportamento do objeto de estudo em relação à área geográfica a que se refere é importante para a definição de prioridades na gestão de políticas públicas. Deste modo, uma análise do CMI considerando a divisão geográfica da cidade de Porto Alegre nas regiões do Orçamento Participativo, instrumento de decisão política na administração municipal, se apresenta conveniente.

O Orçamento Participativo (OP), implantado em 1989 na cidade de Porto Alegre, é apresentado pela Prefeitura Municipal como um instrumento de participação popular, em processo pelo qual

a população decide, de forma direta, a aplicação dos recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal (PMPA, 2012). O município está dividido atualmente em dezessete regiões e seis temáticas – Educação, esporte e lazer; Circulação, transporte e mobilidade urbana; Habitação, organização da cidade, desenvolvimento urbano e ambiental; Desenvolvimento econômico, tributação, turismo e trabalho; Cultura; e Saúde e assistência social. Nas regiões são discutidos e definidos os investimentos e serviços específicos destes locais e nas temáticas são definidos diretrizes, investimentos e serviços para toda a cidade, sendo que os cidadãos podem participar da discussão do OP na sua região e nas temáticas (PORTO ALEGRE, 2012).

Este estudo foi realizado no contexto de uma Unidade de Produção Pedagógica de Vigilância da Saúde, correspondente ao sexto semestre do Bacharelado de Saúde Coletiva/UFRGS. Neste semestre do curso são trabalhados os aspectos analíticos da epidemiologia, através de trabalhos práticos que incluem análises ecológicas ou espaciais, seguidas de discussão crítica dos dados produzidos.

Considerando esse cenário, este trabalho se propõe a analisar indicadores associados às condições de vida da população da cidade de Porto Alegre a partir dos dados de dezesseis das dezessete regiões do Orçamento Participativo (OP) a fim de avaliar suas relações com o coeficiente de mortalidade infantil (CMI).

Metodologia

Este é um estudo ecológico de corte transversal que relacionou a mortalidade infantil em dezesseis regiões do Orçamento Participativo (OP) da cidade de Porto Alegre com variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde.

A variável dependente do estudo foi o coeficiente de mortalidade infantil, calculado para dezesseis regiões do OP no ano de 2010. A região das Ilhas foi desconsiderada por não apresentar dados de todas as variáveis, visto que foi desmembrada da região Humaitá/Navegantes no ciclo de 2007/2008 do Orçamento Participativo.

As variáveis explanatórias compreenderam quinze indicadores das dezesseis regiões do OP, que abrangem temas como saúde, violência, educação, raça, gênero e ocupação, com dados de 2010 ou 2000, conforme disponibilidade no sítio do ObservaPOA. Elas originaram-se de dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e de censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), processados pelo Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA) para as regiões do OP. As variáveis são elencadas a seguir, com a respectiva apresentação (OBSERVAPOA, 2012):

- Coeficiente de mortalidade por homicídios: número de mortes por agressão pelo total da população multiplicado por 100 mil;
- Coeficiente de mortalidade por homicídios femininos: número de mortes por agressão no sexo feminino, em relação ao total da população feminina multiplicado por 100 mil;
- Baixo peso ao nascer: percentual de nascidos vivos com menos de 2,5Kg, sobre o total de nascidos vivos;
- Gravidez na adolescência: percentual de nascidos vivos cujas mães apresentavam dezenove anos ou menos, sobre o total de nascidos vivos;
- Nascidos de mãe com baixa escolaridade: percentual de nascidos vivos cujas mães possuem escolaridade menor que o ensino fundamental, sobre o total de nascidos vivos;
- Parto cesáreo: percentual de nascidos vivos que nasceram de parto cesáreo, sobre o total de

nascidos vivos;

- Pré-natal adequado: percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, sobre o total de nascidos vivos;
- Percentual de raça negra: percentual da população negra em relação ao total da população residente;
- Escolaridade dos responsáveis pelo domicílio: número médio de anos de estudo dos responsáveis por domicílio;
- Responsáveis por domicílio analfabetos: percentual de responsáveis por domicílio analfabetos, sobre o total de responsáveis por domicílio;
- Analfabetismo da população negra: percentual de população negra de 15 anos e mais analfabeta, sobre o total de população negra nessa faixa etária;
- Mulheres responsáveis pelo domicílio: percentual de mulheres responsáveis por domicílio, sobre o total de responsáveis por domicílio;
- Relação de renda entre homens e mulheres: percentual de superioridade da renda masculina em relação à feminina;
- Esgoto adequado: percentual de domicílios com esgoto sanitário adequado, sobre o total de domicílios;
- Rendimento: percentual de pessoas residentes com 10 anos ou mais, economicamente ativas, ocupadas na semana de referência.

Os dados foram compilados e organizados em um banco de dados com uso do programa Epi Info 7[®]. A variável dependente foi plotada no mapa da cidade de Porto Alegre, utilizando-se a ferramenta disponível no sítio do ObservaPoa.

Realizou-se análise bivariada usando o teste de correlação de Pearson por meio do programa SPSS[®] versão 21,0. Onze das quinze variáveis explanatórias com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla. Foi usado o modelo de regressão linear múltipla, método de *backward selection*, no qual o teste é iniciado utilizando todas as variáveis e as que atingem $p > 0,10$ são progressivamente removidas.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição em percentual da população nas regiões do OP do município de Porto Alegre em relação ao total de habitantes e à renda média no ano de 2010. A região mais populosa é a Centro, com 19,7% da população, seguida pela Noroeste (9,3%) e Partenon (8,4%). A região Centro apresentou a maior renda média por domicílio.

Na cidade de Porto Alegre foram registrados 192 óbitos em crianças com até 364 dias de vida no ano de 2010, representando um CMI de 10,6 óbitos por mil nascidos. As regiões do OP Noroeste, Centro e Extremo Sul foram as que obtiveram os menores índices – 6,3; 7,9; e 8,2 óbitos para cada mil nascidos vivos, respectivamente – sendo a região Nordeste a que apresentou o mais alto coeficiente, com 18 óbitos para cada mil nascidos vivos, seguida pelas regiões Cruzeiro (16,8) e Restinga (13,2), como pode ser verificado na Figura 1.

A Tabela 2 apresenta as variáveis explanatórias do estudo, fontes e ano de obtenção, médias, desvio-padrão, e valores mínimo e máximo. À exceção dos coeficientes de mortalidade por homicídios (a cada 1000 óbitos totais) e escolaridade do responsável pelo domicílio (anos de estudo), as variáveis são apresentadas em percentual.

A Tabela 3 apresenta as correlações (Pearson) entre o CMI padronizado e as variáveis indicativas de situação socioeconômica, demográfica e de saúde. Correlações significativas ($p < 0,20$) foram observadas entre 13 das variáveis, excetuando coeficiente de mortalidade de homicídios femininos e razão de renda entre homens e mulheres.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise múltipla de acordo com as onze variáveis que entraram no modelo, indicando que, após o ajuste, cinco permaneceram significativas: coeficiente de mortalidade por homicídios ($p = 0,015$), nascidos de mães com baixa escolaridade ($p = 0,002$), parto cesáreo ($p = 0,01$), escolaridade do responsável pelo domicílio ($p = 0,068$) e percentual de analfabetismo da população negra ($p = 0,011$). O modelo apresentou capacidade de predição do desfecho de 69% ($r^2 = 0,699$).

Discussão

O mapa de Porto Alegre recortado segundo regiões do OP permite verificar que oito das dezesseis regiões apresentaram taxa de mortalidade infantil superior a do município de Porto Alegre. A razão entre a menor mortalidade infantil (região Noroeste, com 6,2) e a maior taxa (região Nordeste, com 18,8) é de aproximadamente três vezes (2,99). Este fato reforça a necessidade de uma análise local, considerando as especificidades do território, já que o dado apresenta a presença de desigualdade muito elevada quando se observa a distribuição espacial. A análise dos dados agregados pode levar à subestimação de situações de maior risco.

Apesar de não ter sido testada no estudo, é importante destacar que a média de renda das 16 regiões é de cerca de 6,6 salários mínimos, enquanto a região Nordeste é a que apresenta menor renda média por domicílio: 2,6 salários mínimos (OBSERVAPOA, 2012). A variável renda é frequentemente considerada nos estudos sobre mortalidade infantil, e um estudo que revisa 83 artigos demonstrou a persistência das desigualdades sociais como condicionante do óbito infantil, identificando que, apesar da redução nas diferenças da mortalidade infantil entre os grupos sociais, ainda ocorre associação inversa entre a renda familiar e a mortalidade infantil (SANTOS et al., 2010).

Além da renda, estudos têm apontado a baixa escolaridade materna como fator de risco para a mortalidade infantil (SANTOS et al., 2010; JOBIM; AERTS, 2008; IBGE, 2012). A educação é elemento central nas políticas públicas e observa-se uma tendência ao aumento da escolaridade na cidade de Porto Alegre. O aumento no número de anos de estudo das mães está fortemente relacionado com a redução da taxa de mortalidade infantil (JOBIM; AERTS, 2008). Neste estudo, os achados corroboram esta associação, já que a mortalidade infantil esteve fortemente associada à baixa escolaridade das mães ($p < 0,002$), e inversamente relacionada com os anos de estudo do responsável pelo domicílio (coeficiente beta padronizado de -1,436, $p < 0,068$), indicando o quanto a educação é um componente primordial da saúde da população.

Há achados na literatura que relacionam elevadas taxas de mortalidade infantil com o parto cesáreo (JOBIM; AERTS, 2008), e essa associação foi evidenciada na presente pesquisa, com alto nível de significância. Este dado deve ser levado em consideração, na medida em que vivemos um contexto em que há uma tendência de elevação nos índices de parto cesáreo (HERNANDEZ et al., 2011).

Cardia et al. (2003) afirmam que elevadas taxas de homicídios e de indicadores de violação dos direitos humanos estão relacionadas a outras vulnerabilidades econômicas e sociais. Portanto, a distribuição espacial dos homicídios no território urbano indica a presença de desigualdades sociais. Nosso estudo apontou uma correlação positiva entre a taxa de homicídios e o coeficiente de mortalidade infantil na análise bivariada e que se manteve no modelo final.

Cenários de graves violações de direitos humanos (civis, sociais e econômicos) tendem a enfraquecer as relações dos grupos sociais com as instituições de proteção social (CARDIA et al., 2003), o

que ajuda a manter a situação de precariedade. Gawryszewski e Costa (2005), em São Paulo, encontraram associação positiva entre taxa de homicídios e CMI ($r = 0,24$) quando pesquisaram a distribuição espacial dos homicídios e desigualdades sociais, porém ressaltaram que os locais com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis correspondem às taxas de homicídios mais elevadas, sugerindo que a exclusão social é fator determinante para a vulnerabilidade, que abre espaço à instalação da violência e do conflito (GAWRYSZEWSKI; COSTA, 2005).

Os achados do presente estudo mostram que existem relações entre a taxa de mortalidade infantil com cenários sociais onde há múltiplas carências e que constituem espaços propícios para a manifestação da violência. Nessas áreas estão presentes as maiores privações, desde infraestrutura urbana (como água e eletricidade, pavimentação e iluminação), dificuldade de acesso às instituições de educação e aos serviços de saúde, alta densidade populacional, elevada concentração de chefes de domicílio com baixa renda e baixa escolaridade, altos índices de desemprego, menor acesso à rede de esgoto e menor acesso a serviços de saúde.

Na análise da redução da mortalidade infantil nas últimas três décadas, Victora et al. (2011) ressaltam a diminuição acentuada de óbitos por doenças infecciosas, e a redução das desigualdades regionais e das disparidades sociais, ainda que em menor grau.

A despeito da redução da mortalidade infantil estar vinculada sobretudo à melhoria das condições socioeconômicas e da incorporação de tecnologias em saúde, sua perda de sensibilidade como indicador de nível de saúde foi apontada justamente por estar relacionada ao aumento na oferta de serviços, atenção ao parto e ao recém-nascido, etc. (GAWRYSZEWSKI; COSTA, 2005). No entanto, as desigualdades e a complexidade das relações aqui evidenciadas sugerem a existência de “territórios de vulnerabilidade” para a mortalidade infantil, distribuídos de forma singular no município de Porto Alegre, foco da análise deste estudo. Deste modo, outros trabalhos que considerem a distribuição e comportamento espacial da mortalidade, com aperfeiçoamento da metodologia de análise, são importantes para o planejamento das políticas locais de saúde. Victora et al. (1994), em estudo clássico, mostraram que as regiões gaúchas com precário perfil sanitário apresentavam os piores índices de saúde infantil.

A mortalidade infantil, bem como as desigualdades sociais, são fenômenos complexos cuja análise deve considerar sua múltipla causalidade e plasticidade, recomendando, assim, cautela nas avaliações de associações estatísticas. Deste modo, apesar da evidência atribuída à associação entre de mortalidade infantil e homicídios na análise das regiões do Orçamento Participativo na cidade de Porto Alegre, por se tratar de um achado que destaca a vulnerabilidade presente nos cenários cotidianos onde vive a população, abordagens mais profundas são necessárias para buscar novas explicações, que inclusive reduzam as limitações deste estudo, tal como a associação negativa entre a taxa de analfabetismo da população negra e a taxa de mortalidade infantil encontrada.

Embora se saiba que os estudos ecológicos possuam limitações e falácias, amplamente discutidas e realçadas, tais pesquisas podem constituir subsídios essenciais à análise, desenvolvimento e implementação de ações de saúde, objeto de atenção e atuação da saúde coletiva. A realização deste estudo, no âmbito de um curso de graduação em saúde coletiva, possibilitou que se colocasse em prática um modelo de estudo epidemiológico, simples, rápido e de baixo custo, que utiliza dados já existentes e pouco explorados e aponta sugestões para a análise da situação de saúde das populações. Trabalhar com os limites e potências desse tipo de estudo certamente enriquece a caixa de ferramentas de futuros sanitaristas.

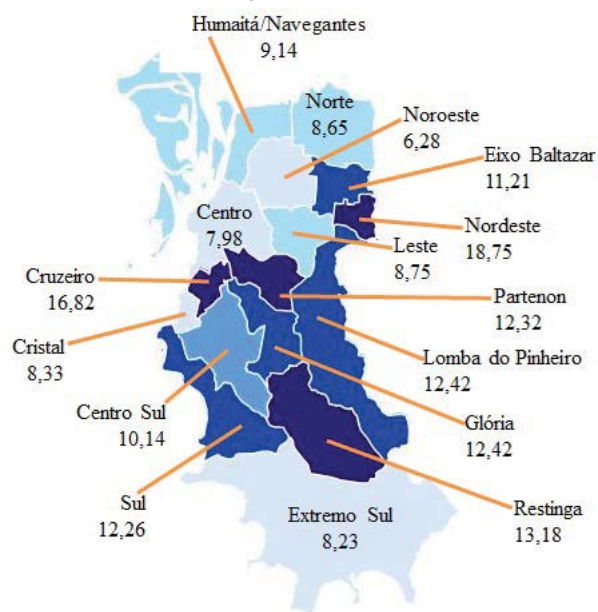
Tabelas e Figuras

Tabela 1: Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre

Região	% população do município (2010)	Rendimento médio do chefe do domicílio, em salários mínimos (2000)
1 Humaitá/Navegantes	3,10	5,6
2 Noroeste	9,28	12,34
3 Leste	8,11	8,47
4 Lomba do Pinheiro	4,42	3,48
5 Norte	6,48	4,4
6 Nordeste	2,64	2,6
7 Partenon	8,44	7,1
8 Restinga	4,31	3,6
9 Glória	3,00	5,4
10 Cruzeiro	4,64	7,3
11 Cristal	1,95	9,4
12 Centro-Sul	7,79	7,6
13 Extremo-Sul	2,47	4,4
14 Eixo-Baltazar	6,94	6,0
15 Sul	5,93	13,8
16 Centro	19,65	16,8
17 Ilhas	0,59	3,2

Fonte: ObservaPOA, 2012

Figura 1: Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil em 16 regiões do Orçamento Participativo na cidade de Porto Alegre, 2010



Fonte: ObservaPOA, 2012, a partir de dados do SIM

Tabela 2: Variáveis explanatórias do estudo, ano e fontes de obtenção, médias, desvio-padrão, e valores mínimo e máximo

Variável	Fonte, ano	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Coeficiente de homicídios	SIM, 2010	44,43	22,89	8,20	8,20
Coeficiente de homicídios femininos	SIM, 2010	11,21	9,45	0,00	0,00
Baixo peso ao nascer	SINASC, 2010	10,19	1,21	8,09	8,09
Gravidez na adolescência	SINASC, 2010	15,46	4,73	4,95	4,95
Nascidos de mães com baixa escolaridade	SINASC, 2010	25,43	8,44	7,54	7,54
Parto cesáreo	SINASC, 2010	50,59	9,28	38,45	38,45
Pré-natal adequado	SINASC, 2010	70,12	7,76	57,50	57,50
Percentual de raça negra	IBGE, 2010	23,42	9,48	7,23	7,23
Escolaridade do responsável pelo domicílio	IBGE, 2000	7,91	1,84	5,16	5,16
Responsáveis por domicílio analfabetos	IBGE, 2000	5,12	2,40	0,49	0,49
Analfabetismo da população negra	IBGE, 2010	4,68	1,36	1,97	1,97
Mulheres responsáveis por domicílio	IBGE, 2000	35,67	4,59	25,85	25,85
Razão de renda entre homens e mulheres	IBGE, 2000	45,88	13,51	20,00	20,00
Esgoto adequado	IBGE, 2010	87,97	9,86	67,91	67,91
Pessoas com mais de 10 anos de idade e alguma fonte de rendimento	IBGE, 2000	83,96	3,07	78,50	78,50

Fonte: ObservaPOA, 2012

Tabela 3: Correlações entre mortalidade infantil e variáveis explanatórias nas regiões do OP em Porto Alegre

Variáveis	Mortalidade infantil	
	Correlação de Pearson	p
Coefficiente de homicídios	0,52	0,041
Coefficiente de homicídios femininos	0,28	0,292
Baixo peso ao nascer	0,50	0,046
Gravidez na adolescência	0,66	0,005
Nascidos de mães com baixa escolaridade	0,70	0,003
Parto cesáreo	-0,61	0,012
Pré-natal adequado	-0,64	0,008
Percentual de raça negra	0,78	0,000
Escolaridade do responsável pelo domicílio	-0,55	0,029
Responsáveis por domicílio analfabetos	0,61	0,012
Analfabetismo da população negra	0,39	0,132
Mulheres responsáveis por domicílio	-0,22	0,423
Razão de renda entre homens e mulheres	-0,28	0,288
Esgoto adequado	-0,44	0,086
Pessoas com mais de 10 anos de idade e alguma fonte de rendimento	-0,76	0,001

Fonte: ObservaPOA, 2012

Tabela 4: Modelo de regressão linear multivariada, variáveis de entrada e modelo final

Variáveis	Beta padronizado	B (IC95,0%)	p
Modelo de entrada			
Coefficiente de homicídios	0,853	0,125 (-0,352;0,603)	0,507
Baixo peso ao nascer	-0,081	-0,223 (-3,313;2,866)	0,851
Gravidez na adolescência	-0,076	-0,054 (-3,557; 3,449)	0,968
Nascidos de mães com baixa escolaridade	3,330	1,324 (-1,986; 4,635)	0,329
Parto cesáreo	3,783	1,369 (-2,497; 5,236)	0,381
Pré-natal adequado	-0,156	-0,067 (-1,497; 1,362)	0,902
Percentual de raça negra	-0,373	-0,132 (-2,221; 1,956)	0,869
Escolaridade do responsável pelo domicílio	-0,937	-1,710 (-10,064; 6,645)	0,600
Analfabetismo da população negra	-1,032	-2,546 (-14,407; 9,315)	0,583
Esgoto adequado	-0,203	-0,069 (-0,424; 0,286)	0,617
Pessoas com mais de 10 anos de idade e alguma fonte de rendimento	-0,594	-0,649 (-3,474; 2,175)	0,558
Modelo final			
Coefficiente de homicídios	0,832	0,122 (0,029; 0,215)	0,015
Nascidos de mães com baixa escolaridade	3,404	1,354 (0,655; 2,053)	0,002
Parto cesáreo	3,929	1,422 (0,426; 2,418)	0,010
Escolaridade do responsável pelo domicílio	-1,436	-2,620 (-5,472; 0,232)	0,068
Analfabetismo da população negra	-1,032	-2,547 (-4,373; -0,722)	0,011

Fonte: ObservaPOA, 2012

Referências

BRASIL. *Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente 2004/2007*. Relatório Anual de Acompanhamento (Jan/Dez 2005). Disponível em: <http://www.oei.es/inicial/politica/brasil_presidente_amigo2005.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2012.

CARDIA, N.; ADORNO, S.; POLETO, F. Homicídio e violação de direitos humanos em São Paulo. *Estudos avançados*, Vol. 17 n° 47, Jan.-Abr. 2003, p. 43-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010340142003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 dez. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; COSTA, L. S. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São

Paulo. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 39, nº 2, Abril 2005, p. 191-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 dez. 2012.

HERNANDEZ, A. R.; SILVA, C. H.; AGRANONIK, M.; QUADROS, F. M.; GOLDANI, M. Z. Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, Vol. 27 nº 11, Novembro de 2011, p. 2188-2196. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2011001100012&script=sci_arttext>. Acesso em 05 dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil*. Sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 27 abr. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1>. Acesso em: 09 dez. 2012.

JOBIM, R; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. *Cad. Saúde Pública*, Vol. 24 nº 01, Janeiro de 2008, p. 179-187. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 dez. 2012.

OBSERVAPOA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

PORTO ALEGRE. *Orçamento Participativo*. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=15> . Acesso em 11 nov. 2012.

SANTOS, H. G.; ANDRADE, S. M.; BIROLIM, M. M.; CARVALHO, W. O.; SILVA, A. M. R. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. *Pediatria*, Vol. 32, nº 2, 2010, p.131-43. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1343.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

SHIMAKURA, S. E.; CARVALHO, M. S.; AERTS, D. R. G. C.; FLORES, Rui. Distribuição espacial do risco: modelagem da mortalidade infantil em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Vol. 17 nº 05, Set.-Out. de 2001, p. 1251-1261. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000500025>. Acesso em: 5 dez. 2012.

VICTORA, C. G.; GRASSI, P. R.; SCHMIDT, A. M. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 28, nº 6, Dezembro 1994, p. 423-432. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2012.

VICTORA, C. G et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil 2. The Lancet*, Publicado Online, 9 de maio de 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>> Acesso em: 3 dez. 2012.

UNICEF. *Infância ainda vulnerável*. Situação da infância brasileira 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2012.

DESIGUALDADES DE GÊNERO NA VIDA DE PESSOAS COM HIV, CANOAS/RS



Bibiana Edeline Schreiner¹
Stela Nazareth Meneghel²
Roger Flores Ceccon³

Resumo: *Objetivo:* Analisar as desigualdades de gênero presentes na vida de pessoas com HIV. *Métodos:* Estudo transversal cuja amostra foi de 300 pessoas que vivem com HIV, cadastradas em um serviço de referência do município de Canoas/RS. A análise foi realizada segundo o sexo e identificaram-se as desigualdades de gênero em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicológicos. A análise estatística foi realizada com o software SPSS. As variáveis foram associadas através do teste Qui-Quadrado e considerou-se significativo um $p < 0,05$. *Resultados:* A maioria das pessoas tinha a pele branca, baixa escolaridade, era solteira, heterossexual e salariada. A principal forma de transmissão da doença foi por relação sexual e a maior parte não referiu doenças oportunistas, tinha CD4 > 350 células, carga viral detectável e aderiu ao tratamento. As variáveis opção sexual, situação conjugal, ocupação, uso de drogas, forma de transmissão e aspectos mais afetados após diagnóstico foram estatisticamente diferentes entre os sexos ($p < 0,05$). *Conclusão:* As desigualdades de gênero estiveram presentes na vida das pessoas que vivem com HIV, reforçando a necessidade de se considerar os fatores relacionados a gênero na atual configuração da epidemia da AIDS.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Gênero.

Introdução

A AIDS é uma doença de elevada incidência e um importante problema de saúde pública. Desde o início da epidemia foram identificados 34 milhões de casos no mundo e mais de 25 milhões de óbitos, sendo 50% mulheres, grande parte vivendo em países pobres (UNAIDS, 2012). Na África está concentrada a maioria dos casos, embora também haja alta prevalência em alguns países da Ásia e Caribe. No Brasil, está acontecendo um processo de feminização da epidemia, e a razão de masculinidade diminuiu de 16 para 1,5 homens para cada mulher nos últimos 10 anos (MENEGBEL et al., 2003).

Desde a descoberta do HIV, ocorreram mudanças na forma de transmissão da doença, visto que no início da epidemia a maior parte das pessoas infectadas eram homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, a maioria das infecções ocorre por relação heterossexual, tornando as mulheres um grupo altamente suscetível a contrair o vírus e adoecer (BRASIL, 2012).

Más condições de vida, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e baixa escolaridade favorecem o crescimento da doença no país. A situação é resultado das diferenças sociais e desigualdades de

1 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: bibiana.schreiner@hotmail.com

2 Médica, Professora do Bacharelado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: stelameneghel@gmail.com

3 Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: roger.ceccon@hotmail.com

gênero entre homens e mulheres, que contribuem para a alta prevalência da epidemia (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005).

O aumento na incidência de AIDS em mulheres ocorreu principalmente pela juvenilização feminina no início da vida sexual, que na maioria das vezes acontece com homens mais velhos. Esta situação leva a um baixo poder feminino de negociação no uso de preservativo e maior risco de contaminação por outras doenças sexualmente transmissíveis (GONÇALVES, 2012).

Violências, racismo, pobreza, violação dos direitos humanos, além da desigualdade de gênero, contribuem para que a epidemia da AIDS tenha se difundindo com maior velocidade entre as mulheres, principalmente as que vivem em países onde a cultura patriarcal potencializa as assimetrias de poder entre os sexos (GONÇALVES, 2012).

O patriarcado é um sistema social que hierarquiza o gênero, no qual os homens detêm o poder e exercem autoridade sobre as mulheres, filhos e homens que não exercem masculinidades hegemônicas. Assim, as desigualdades de gênero possibilitam aos homens controlar as mulheres e decidir como, onde e quando serão realizadas as práticas sexuais (ALVES; CORREA, 2009).

Deste modo, o patriarcado, ao controlar a sexualidade das mulheres, as vulnerabiliza ou as expõe a contextos de risco. Essa vulnerabilidade feminina foi insensibilizada pelas primeiras campanhas de prevenção da AIDS, que foram direcionadas aos chamados “grupos de risco”. Atualmente, os programas de prevenção enfocam o conceito de “vulnerabilidade”, identificando as mulheres como suscetíveis à infecção e admitindo que as pessoas que mantêm relações sexuais sem preservativos estão expostas ao HIV (AYRES, 2002).

Apesar da relevância do tema e da necessidade de visibilizar as desigualdades de gênero entre pessoas que vivem com HIV, existem poucas pesquisas sobre o tema. Assim, estudar gênero em investigações epidemiológicas permite evidenciar as vulnerabilidades das pessoas com a doença, oportunizando maior conhecimento para que se possam construir estratégias de prevenção e melhoria da assistência.

O objetivo deste estudo foi analisar as desigualdades de gênero presentes na vida das pessoas que vivem com HIV.

Métodos

Este é um estudo transversal cujo tema é as desigualdades de gênero experimentadas por pessoas que vivem com HIV. A investigação foi realizada em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS no município de Canoas, Rio Grande do Sul. A escolha pelo local considerou as altas taxas de AIDS e o processo de feminização da epidemia, sendo que o município encontra-se em 10º lugar em casos de AIDS entre as cidades com mais de 50 mil habitantes no Brasil (BRASIL, 2010).

Neste estudo, as diferenças entre os sexos foram consideradas como um marcador de gênero, entendendo que, em nossa sociedade, o sexo biológico contribui para os comportamentos esperados de homens e mulheres e reforça as assimetrias de poder entre os sexos.

As informações foram coletadas dos prontuários das pessoas cadastradas no SAE entre os anos de 1992 a 2012, e buscou-se analisar as características sociodemográficas, psicológicas e clínicas de homens e mulheres que vivem com HIV.

Os usuários foram considerados segundo o sexo. Para compor a amostra, os prontuários das pessoas do SAE foram sorteados segundo a técnica de amostragem sistemática, sendo escolhidos em ordem sequencial a cada cinco prontuários. O tamanho da amostra foi calculado estimando um nível de confiança de 95%, erro de 3%, um total de 2.000 pessoas cadastradas no serviço e prevalência de 50% para cada sexo. Obteve-se, assim, o tamanho da amostra de 300 pessoas.

As questões referentes às características sociodemográficas abordaram a idade, naturalidade, cor da pele, estado civil, opção sexual, forma de transmissão da doença, escolaridade, profissão e uso de drogas. As características psicológicas buscaram conhecer se houve acompanhamento psicológico, o impacto da doença na vida das pessoas (pouco, muito ou nada) e os aspectos mais afetados após a infecção (social, familiar, sexual, profissional, todos ou nenhum). As características clínicas referem-se às doenças oportunistas, tratamento medicamentoso, adesão, valores de células de defesa (CD4) e carga viral.

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os dados foram apresentados através de frequência bruta e relativa e as variáveis foram associadas através do teste Qui-Quadrado, considerando significativo um $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 459.210.

Resultados

Neste estudo, foram analisados 300 prontuários de pessoas que vivem com HIV cadastradas no SAE do município de Canoas. A amostra foi composta por indivíduos com idade média de 36 anos e metade do grupo eram mulheres; 42% eram naturais de Canoas e 89% heterossexuais. A maioria das pessoas tinha baixa escolaridade (64%), era solteira (67%), salarizada (63%), branca (79%) e não usava drogas (70%).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV, de acordo com o sexo. A ocupação mais prevalente entre as mulheres foi dona de casa e elas referiram opção heterossexual, sendo que 15% dos homens referiram ser homossexuais e 10% dos homens eram desempregados. A viuvez feminina foi maior do que entre os homens e o uso de drogas foi mais prevalente no sexo masculino. Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa nas variáveis opção sexual, situação conjugal, ocupação e uso de drogas entre os grupos ($p < 0,05$).

Tabela 1: Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Faixa etária					0,640
≤ 20	5	3,3	8	5,4	
21-59	143	94,7	137	92,0	
≥ 60	3	2,0	4	2,7	
Naturalidade					0,124
Canoas	71	47,0	56	37,6	
Região metropolitana de POA	40	26,2	38	25,5	
Outros	40	26,5	55	36,9	
Opção sexual					0,000
Heterossexual	148	98,0	119	79,9	
Homossexual	0	0,0	22	14,8	
Bissexual	3	2,0	8	5,4	
Escolaridade					0,167
Analfabeto	0	0,0	2	1,3	
1º grau	102	67,6	91	61,1	
2º grau	46	30,5	48	32,2	
3º grau	3	2,0	8	5,4	
Situação Conjugal					0,009
Solteiro(a)	95	62,9	107	71,8	
Casado(a)	40	26,5	40	26,9	
Viúvo(a)	16	10,6	2	1,3	
Ocupação					0,000
Dona de casa	62	41,1	0	0,0	
Desempregado(a)	6	4,0	15	10,1	
Salariado(a)	76	50,3	114	76,5	
Outras	7	4,6	20	13,4	
Cor da pele					0,853
Branca	121	80,1	115	77,2	
Negra	16	10,6	18	12,1	
Parda	14	9,3	26	17,5	
Uso de drogas					0,008
Sim	36	23,8	54	36,2	
Não	115	76,2	95	63,8	

A Tabela 2 apresenta as características clínicas segundo os sexos. Foi possível observar que a maior parte da amostra não manifestou doenças oportunistas, apresentou resultado de exame de CD4 maior que 350 células, carga viral detectável, uso regular de antirretrovirais e adesão ao tratamento. A variável forma de transmissão apresentou diferença estatística entre os sexos, visto que a maioria das mulheres adquiriu o vírus através de relação sexual e 12% dos homens através do uso de drogas ($p = 0,014$).

Tabela 2: Características clínicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Forma de transmissão					0,014
Sexual	140	92,7	125	83,9	
Uso de drogas	7	4,6	19	12,8	
Não sabe	4	2,7	5	3,4	
Doenças oportunistas					0,645
Não têm	113	74,8	106	71,1	
Tuberculose	14	9,3	19	12,8	
Pneumonia	8	5,3	9	6,0	
Outras	16	10,6	15	10,1	
Células de CD4					0,593
≤ 350	57	35,8	47	31,5	
> 351	81	53,6	78	52,4	
Não realizado	13	8,6	24	16,1	
Carga viral					0,773
Detectável	75	49,7	86	57,7	
Indetectável	62	41,1	39	26,2	
Não realizado	14	9,3	24	16,1	
Uso de antirretroviral					0,727
Sim	88	58,3	82	55,0	
Não	63	41,7	67	45,0	
Situação do tratamento					0,097
Adesão	99	65,6	84	56,4	
Abandono	52	34,4	65	43,6	

A Tabela 3 apresenta as variáveis referentes às características psicológicas das pessoas que vivem com HIV, de acordo com o sexo. As mulheres relataram maior frequência de acompanhamento psicológico e pouca mudança de vida após o diagnóstico. O impacto na família foi mais relatado entre as mulheres após a descoberta do vírus, e entre os homens o sexual foi o mais afetado, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 3: Características psicológicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Acompanhamento psicológico					0,156
Sim	29	19,2	19	12,8	
Não	122	80,8	130	87,3	
Mudança de vida					0,076
Pouco	77	51,0	66	44,3	
Muito	55	32,4	49	32,9	
Nada	19	12,6	34	22,8	
Aspectos mais afetados					0,000
Nenhum	18	11,9	35	23,5	
Sexual	24	15,9	28	18,8	
Social	20	13,2	20	13,4	
Profissional	12	8,0	13	8,7	
Familiar	48	31,8	16	10,7	
Todos	29	19,2	37	24,8	

Discussão

Este estudo evidenciou diferenças de vida na vida de homens e mulheres que vivem com HIV, atentando para a importância de se considerar o gênero como um fator que contribuiu para os altos índices da epidemia. As desigualdades foram mais acentuadas nos aspectos opção sexual, situação conjugal, ocupação, drogas, transmissão da doença, adesão ao tratamento e aspectos afetados após o diagnóstico.

Passados vinte anos desde a descoberta do HIV, percebeu-se não se alterou a vulnerabilidade à AIDS de alguns grupos populacionais, destacando-se a rigidez de papéis e condutas de gênero, que influenciam no perfil da epidemia de AIDS no país (AYRES, 2002).

Neste estudo, a maioria das pessoas referiu ser heterossexual, rompendo com os paradigmas de que o HIV é prevalente em LGBT. Entretanto, 14% dos homens afirmaram ser homossexuais e nenhuma mulher relatou a mesma condição, configurando uma importante desigualdade de gênero, pois remete a formas da infecção da doença.

A diminuição dos casos de AIDS na população LGBT e o aumento na heterossexual contribuíram para a diminuição do estigma dos homossexuais em relação à doença. Por outro lado, essa mudança acarretou aumento do número de casos em mulheres heterossexuais casadas ou em união estável (SILVA et al., 2010).

Mais da metade dos participantes eram solteiros, possivelmente por medo do preconceito que relacionamentos podem acarretar e pelos efeitos negativos que a doença causa. A situação conjugal

é um aspecto comprometido na vida das pessoas com o vírus, decorrente das consequências emocionais e sociais associadas a ela (REIS et al., 2011).

O diagnóstico da infecção pode resultar na cessação ou redução da atividade afetiva e sexual, além de as pessoas terem medo de transmitir o HIV para o(a) parceiro(a) e terem dificuldade para falar sobre o assunto com profissionais de saúde. A cronificação da infecção tornou-se mais frequente na formação de casais com sorologias diferentes, embora o medo do abandono e da rejeição seja um aspecto presente na vida dos indivíduos (REIS et al., 2011).

A possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é um aspecto fundamental na vida das pessoas que vivem com HIV e contribui para melhoria na qualidade de vida. Apesar do preconceito e das dificuldades presentes nesses relacionamentos, na maioria das vezes, os(as) parceiros(as) são fonte de apoio emocional, pois compartilham as dificuldades relacionadas à doença e auxiliam na adesão ao tratamento e no cuidado à saúde (REIS et al., 2011). A viuvez feminina apresentou alta prevalência, podendo existir mulheres que tinham companheiros que, por não realizarem tratamento, morreram mais cedo (REIS et al., 2011).

Na pesquisa foi encontrada predominância de mulheres fora do mercado de trabalho, e a categoria “dona de casa” apresentou maior prevalência. Entre os homens, a maioria realiza atividade remunerada, evidenciando importante divisão sexual do trabalho e de renda. Em sociedades patriarcais, as mulheres ficam em casa em função do trabalho doméstico e do cuidado dos filhos, que na maioria das vezes não teriam com quem ficar se a mãe estivesse trabalhando. Mesmo com a entrada da mulher no mercado de trabalho nos últimos anos, elas ainda ocupam postos menos remunerados, precários e insalubres (AYRES, 2002).

Atualmente, esta situação está mudando, pois muitas mulheres exercem atividades remuneradas. Entretanto, elas possuem pouca escolaridade, o que denota instabilidade da condição social e dificuldade de conseguir emprego (AYRES, 2002).

Outra variável que apresentou diferença estatística entre os sexos foi o uso de drogas, visto que os homens utilizavam-nas com maior frequência. No que concerne à prevenção do HIV, é importante que seja realizada uma abordagem voltada ao efeito do uso de substâncias sobre as práticas sexuais. Muitas drogas alteram a percepção de risco dos usuários e podem dificultar o uso do preservativo nas relações sexuais (BRASIL, 2003).

A magnitude da epidemia está relacionada à diversidade das formas de transmissão, observando-se interação entre exposição sexual e uso de drogas. Apesar da redução no número de casos, as drogas contribuem para o aumento na incidência da epidemia, pois mesmo que elas não sejam a fonte principal de infecção, podem levar ao não uso do preservativo. A diminuição do compartilhamento de agulhas e seringas não reflete, necessariamente, na redução da transmissão sexual, assim como o aumento do uso do crack, que vem aumentando nos últimos anos, implica em maior risco de infecção (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Neste estudo, a principal forma de infecção pelo HIV foi relação sexual, com alta prevalência entre as mulheres. Nos homens, houve mais casos de transmissão por via sexual, mas o uso de drogas injetáveis esteve presente. O aumento da transmissão heterossexual tem como consequência aumento da vulnerabilidade das mulheres à doença, considerado um fenômeno expressivo da epidemia no Brasil (BRASIL, 2003).

Abordar as diversas práticas sexuais, destacando as diferentes vulnerabilidades masculinas e femininas, é fundamental para que homens e mulheres percebam as situações de risco que vivenciam, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas também de seus parceiros (BRASIL, 2003).

O abandono do tratamento pelos homens foi alto e as causas de evasão da terapia estão relacionadas aos eventos adversos, transtornos psiquiátricos, uso de álcool e drogas, dificuldades econômicas, falta de expectativa do término de tratamento, ausência de sintomas que justifiquem a terapia e crenças religiosas. A adesão ao tratamento é maior entre as mulheres, pois as mesmas procuram com mais frequência os serviços de saúde, reforçando as diferenças de papéis de gênero na busca por cuidados (BRASIL, 2010).

A socialização das mulheres reforça os papéis que as tornam responsáveis pela manutenção das relações sociais de cuidados e pela prestação de serviços. Entretanto, ser homem em sociedades patriarcais está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, e a busca por cuidado denota demonstração de fraqueza, medo e insegurança, o que coloca em risco a masculinidade e aproxima o homem dos papéis femininos socialmente impostos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em relação aos aspectos da vida mais afetados após o diagnóstico, pode-se perceber acentuada desigualdade de gêneros. Grande parte das mulheres relatou que o contexto familiar foi o mais afetado após a infecção, e para os homens a sexualidade foi o fator mais atingido.

Muitas vezes as pessoas optam por manter sigilo sobre o diagnóstico, o que as leva ao afastamento de pessoas que poderiam prover apoio. Muitas pessoas com HIV são obrigadas a omitir aspectos importantes de suas vidas, enfrentando situações constrangedoras, como o medo de ser identificado como portador da doença nos espaços sociais, ocasionando consequências negativas na vida afetiva, profissional, social e na maneira como conduzem o tratamento (GIR et al., 2004).

Além disso, esse fato levaria a isolamento social e restrição dos relacionamentos pessoais. O suporte social tem um papel importante, pois diminui as consequências negativas de certos acontecimentos, enquanto o apoio insuficiente de pessoas que convivem no meio social, familiar ou comunitário parece afetar negativamente a adesão ao tratamento (GIR et al., 2004).

Conclusão

Muitos programas de prevenção relacionados à infecção pelo HIV não levam em conta as desigualdades entre os sexos. Na realidade, as mulheres enfrentam maior vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento, na dependência de fatores que não afetam igualmente os homens, muitos dos quais estão implícitos nas relações sociais e realidades econômicas das sociedades (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007). No contexto da AIDS, é importante empoderar as mulheres, dar-lhes direito de decidir sobre sua vida sexual e afetiva (FREIRE; CARMEIRO, 2010).

Tais barreiras, se não superadas, podem acarretar prejuízo para o cuidado de mulheres que vivem com HIV, com potencial repercussão sobre sua qualidade de vida (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007).

O cuidado às pessoas com HIV baseia-se em estratégias dirigidas ao conjunto da população acometida pela infecção. Entretanto, o benefício de tais intervenções pode variar significativamente entre homens e mulheres, em função das distinções de gênero aqui descritas, em aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes no momento de seu acolhimento em unidade especializada no cuidado. A identificação de tais fatores e, conseqüentemente, de diferenças na vulnerabilidade ao cuidado pode contribuir para adequar a estruturação dos serviços (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007).

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas, como a utilização de dados secundários, que podem apresentar deficiências na sua produção. Além do mais, o método utilizado não estabeleceu relações de causa/efeito e a amostra de usuários de um SAE não é representativa da população. Entretanto, este trabalho possibilitou estabelecer uma relação entre HIV e gênero, que deve continuar sendo investigada em outras pesquisas.

Referências

- ALVES, J. E. D.; CORREA, S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: *ABEP, Brasil 15 anos após a Conferência do Cairo*, ABEP/UNFPA, Campinas, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 11, Aug. 2002.
- BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico 2012*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. *Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS*. Brasília, 2010.
- FREIRE, C. C. F.; CARMEIRO, A. Um olhar de gênero na epidemia da AIDS: Quebrando Silêncios. *Fazendo Gênero 9*, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.
- GABRIEL, R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 509-513, ago. 2005.
- GIR, E. et al. Feminização da AIDS: Conhecimento de Mulheres Soropositivas Sobre a Transmissão e Prevenção do HIV -1. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*, 16(3):73-76, 2004.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.
- GONÇALVES, Z. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV-positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* 2012;24(1):9-14.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010.
- MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *CAD Saúde Pública*, 2003;19:109-18.
- REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, Set. 2011.
- SILVA, S. F. R. et al. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. *RBAC*, vol. 42(3): 209-212, 2010.
- UNAIDS, Nações Unidas e a Resposta à AIDS no Brasil, 2011. Disponível em <<http://www.unaids.org.br>>. Acesso em 17 jul. 2013.

A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vivian Costa da Silva¹
Cristianne Maria Famer Rocha²

Resumo: *Objetivo:* Este estudo tem por objetivo analisar, através de revisão de literatura, como está organizada, planejada e executada a comunicação em saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Metodologia:* Foram selecionados nove artigos publicados nas fontes Scielo e Lilacs, de 2000 a 2013. Durante a análise dos artigos, foram identificadas e organizadas cinco categorias que permitiram analisar a temática da comunicação em saúde: 1) histórico da comunicação em saúde no Brasil; 2) análise sobre a comunicação em saúde nos dias atuais; 3) a comunicação como um dispositivo de efetivar o trabalho em equipe; 4) discussão da aproximação da comunicação com a participação social, com a democracia e exercício da cidadania e; 5) sugestão de um novo modelo de organização da saúde através das redes de conversação, do Planejamento Estratégico Situacional e do desenvolvimento da habilidade comunicacional nos profissionais de saúde. *Resultados:* Os artigos selecionados desta pesquisa contribuem para a ampliação do debate sobre a relevância da comunicação em saúde e sua indissociável relação com a produção de sentidos em saúde e o direito à saúde. Os resultados apontam para a necessidade do SUS publicizar os seus serviços, o funcionamento de sua rede, princípios e diretrizes; para o desenvolvimento das habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde; e para a construção de um modelo, plano e política de comunicação em saúde, através da gestão comunicativa e do Planejamento Estratégico Situacional para alinhar a gestão descentralizada e participativa em saúde, a partir de redes de conversação e do agir comunicativo. Os resultados apontam ainda para uma dimensão teórica e política da comunicação que permite compreender os processos comunicacionais como uma forma de fortalecer a cultura popular, incentivar o empoderamento dos usuários e a participação social, efetivar o trabalho em equipe, potencializar o exercício da cidadania e do direito à saúde, e fortalecer a democracia, assim garantindo o sucesso das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Comunicação; Saúde; Comunicação em Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

Introdução

A maioria da população compreende saúde como a ausência de doenças, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o completo bem-estar físico, psíquico e social e não somente a ausência de doenças (PAIM, 2009). Assim, a saúde também envolve questões ambientais, econômicas e sociais que interferem na vida do indivíduo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal (CF) de 1988, traz, em seu artigo 196, a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Sendo assim, a saúde passa a ser vinculada ao exercício da cidadania. Com a criação do SUS, não foi só o direito à saúde que sofreu mudanças, a organização dos serviços e ações de saúde passam a integrar uma rede

¹ Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: viviancosta@gmail.com

² Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

regionalizada de acordo com as seguintes diretrizes, previstas no artigo 198: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

Além destas diretrizes, a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), no artigo sete, prevê que as ações e serviços do SUS sejam organizados de acordo com alguns princípios, entre eles destaco:

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

Os preceitos institucionais – princípios e diretrizes – do SUS norteiam as ações e serviços do sistema de saúde no Brasil, (trans)formando e consolidando a cultura do trabalho, fazendo do SUS uma importante conquista popular e democrática.

A comunicação em saúde surge no Brasil no ano de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que utilizava a propaganda e a educação sanitária como estratégias para a adoção de medidas higiênicas frente às epidemias. Nos anos 40, Getúlio Vargas criou o Serviço Nacional de Educação Sanitária, que ficou responsável por divulgar informações sobre doenças e modos de prevenção. Getúlio Vargas também criou o Serviço Especial de Saúde Pública, absorvido pela Fundação Nacional de Saúde, que foi um grande produtor de materiais de informação e educação em saúde, que prescreviam costumes e práticas em saúde (ARAÚJO, 2007).

Nesse período, a comunicação em saúde estava articulada com a educação e tinha uma cultura informativo-publicitária que colocava as instituições governamentais como produtoras e emissoras das informações em saúde. A partir da década de 80, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) trouxeram ao debate a necessidade de se ampliar os canais de comunicação em saúde (ARAÚJO, 2007).

Na 8ª CNS, realizada em 1986, um dos debates foi em torno do direito à comunicação e informação como inerentes ao direito à saúde e ao exercício da democracia. Na 9ª CNS, realizada em 1992, a comunicação, a informação e a educação foram discutidas como forma de garantir a participação social e a democratização do Estado. Na 10ª CNS, em 1996, foram estabelecidos prazos e metas para a criação de uma Política Nacional de Informação, Comunicação e Educação em Saúde. A 11ª CNS, em 2000, reforçou a necessidade de uma formulação de política de comunicação coerente com o SUS e a criação de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde. A 12ª CNS aconteceu em 2003 e incluiu como eixo temático a comunicação e informação em saúde. Esta edição recomendou:

Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede Pública e Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que fortaleça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, essa política deve garantir o acesso à informação, troca de experiências, capacitação para o controle social e para a gestão democrática do sistema, fornecendo informações em saúde on-line, com livre acesso para os usuários do SUS. (BRASIL, 2004, p. 174)

Tal recomendação ratifica as recomendações da 11ª e 12ª CNS e sugere a realização da I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde³ e a elaboração e execução de Plano Anual de Comunicação Social e Marketing do SUS. Porém, a maioria das recomendações se deteve no uso de tecnologias, em especial informática, de informação e em estratégias baseadas no modelo campanhista, sem envolvimento da população nas ações e estratégias de comunicação no SUS.

3 Esta conferência ainda não aconteceu até a presente data.

No ano de 2008, aconteceu a 13ª CNS, que foi organizada em três grandes eixos temáticos: I - Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; II - Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e III - A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Deste modo, a comunicação em saúde foi discutida transversalmente nesses três eixos e também pontuou mais as ações de publicização e divulgação do SUS, com uma preocupação sobre o que é noticiado pela mídia, proibindo propagandas de produtos que fazem malefício à saúde e estimulando uma rede de comunicação entre os Conselhos de Saúde.

A 14ª CNS foi realizada em 2011 e, em sua Diretriz nº 12, apontou a necessidade de construção de uma Política de Informação e Comunicação que assegure a Gestão Participativa e eficaz ao SUS, porém esta diretriz focou mais na informatização dos dados no fluxo de informações do que na construção de um modelo de comunicação participativa no SUS. A 14ª CNS também apontou para a comunicação como ferramenta para qualificar os conselhos e divulgar informações do SUS e sugeriu a construção de um Plano Estratégico de Comunicação.

Apesar de todas as recomendações das CNS, o modo como o cuidado em saúde acontece no cotidiano dos serviços faz com que o SUS não se efetive em sua prática da forma como muitos de nós gostaríamos. O SUS é conhecido por seus problemas e desafios e uma grande parte destes se deve à forma como os processos comunicacionais se dão na prática do trabalho em saúde. Os usuários não conhecem a rede de serviços do Sistema e são culpados por lotarem emergências e hospitais. É cobrada a participação da população na construção de políticas públicas de saúde, mas os usuários não conhecem os espaços abertos para a sua participação. Alguns trabalhadores de saúde culpam os usuários por não seguirem as recomendações médicas, mas estes não compreendem suas caligrafias e os projetos terapêuticos indicados não fazem sentido para os próprios usuários. Desejamos um atendimento integral em saúde, mas os profissionais, usuários e familiares não conversam entre si. Os usuários não tem acesso ao seu prontuário, às informações sobre o próprio diagnóstico, aos exames, às terapias, aos riscos, e também não conhecem os seus direitos, não sabem quais unidades de saúde e profissionais são as suas referências, não possuem tempo para sua fala nas suas consultas de saúde, entre tantas outras situações.

A comunicação pode contribuir para que os princípios e diretrizes do SUS se tornem práticas cotidianas, mas para isso é preciso conhecer e planejar a comunicação em saúde no SUS. Este estudo tem por objetivo analisar, através de revisão de literatura, como está organizada, planejada e executada a comunicação em saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Neste artigo, foi realizada uma revisão de literatura através dos descritores controlados que nortearam a pesquisa: Comunicação; Saúde; Comunicação em Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); definidos de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) nas fontes *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde* (LILACS). Foram pesquisados artigos que abordavam o cruzamento dos descritores como assunto, publicados nos anos de 2000 a 2013, em língua portuguesa, completos e disponíveis na íntegra online gratuitamente.

A pesquisa realizada nas bases de dados retornou com 246 artigos. Para a análise, foram selecionados 9 artigos (Quadro 1), que serão apresentados na discussão e que respondem à questão norteadora deste estudo, que é conhecer, segundo os artigos selecionados, como está organizada, planejada e executada a comunicação em saúde dentro do SUS. Através da leitura do resumo dos artigos, foram excluídos deste estudo os artigos que não respondiam ao objetivo da pesquisa e que abordam temáticas como

a comunicação entre profissionais de saúde e usuários, a divulgação de informações sobre doenças e agravos em saúde, as campanhas de saúde, os meios de comunicação e mídia, entre outros.

Quadro 1: Artigos selecionados

	Títulos dos artigos	Autores	Periódicos	Ano de publicação
1	Políticas nacionais de comunicação em tempo de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde	Áurea Maria da Rocha Pitta; Flávio Ricardo Liberali Magajewski.	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	2000
2	Por uma política de comunicação em saúde	Áurea da Rocha Pitta	Saúde e Sociedade	2002
3	As ciências sociais, a comunicação e a saúde	Ricardo Rodrigues Teixeira; Antônio Pithon Cyrino	Ciências & Saúde Coletiva	2003
4	Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde	Áurea Maria da Rocha Pitta; Francisco Javier Uribe Rivera	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	2006
5	Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica	Juliano de Carvalho Lima; Francisco Javier Uribe Rivera	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	2009
6	Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação	Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo	Arquivos Brasileiros de Psicologia	2009
7	Processo comunicativo e humanização em saúde	Suely Ferreira Deslandes; Rosa Maria de Araujo Mitre	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	2009
8	Estudos das relações comunicativas no processo de gestão de uma instituição de saúde	Marcela Cristina Ferreira; Fernanda Jorge Maciel; Leonardo Assis de Castro; Stela Maris Aguiar Lemos	Revista CEFAC	2012
9	Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde	Wagner de Jesus Martins; Elizabeth Artmann; Francisco Javier Uribe Rivera	Revista Saúde Pública	2012

Fonte: autoria própria, 2013

Resultados e Discussão da Temática

Durante a análise dos artigos selecionados, identifiquei e organizei cinco categorias que me permitiram analisar a temática da comunicação em saúde: 1) histórico da comunicação em saúde no Brasil; 2) análise sobre a comunicação em saúde nos dias atuais; 3) a comunicação como um dispositivo de efetivar o trabalho em equipe; 4) discussão da aproximação da comunicação com a participação social, com a democracia e exercício da cidadania; e 5) sugestão de um novo modelo de organização da saúde através das redes de conversação, do Planejamento Estratégico Situacional e do desenvolvimento da habilidade comunicacional nos profissionais de saúde.

Histórico da Comunicação em Saúde no Brasil

Os autores Teixeira (2003), Araújo (2009), Pitta (2002) e Ferreira et al. (2012) relatam em seus artigos que a comunicação em saúde no Brasil surge em uma perspectiva informativa-publicitária e foi utilizada como uma tecnologia de controle da população, ou seja, como um dispositivo disciplinar que visava modificar e controlar os hábitos de higiene da população, orientando e ditando como deveriam ser as práticas sanitárias ditas saudáveis. Os materiais campanhistas e publicitários em saúde abordavam a lógica biomédica e medicalizadora, de forma técnica e normativa, desconsiderando a complexidade da realidade local e popular. Tradicionalmente, a comunicação é utilizada nos serviços e instituições de saúde como uma ferramenta para organizar os fluxos e a divisão de trabalho.

Comunicação em Saúde nos dias atuais

Pitta (2002), em sua análise, reforça que, embora o Movimento Sanitário tenha feito diversas sugestões e recomendações (em especial através das CNS) para a área da comunicação em saúde, o que é proposto e executado pelo Ministério da Saúde (MS) não atende as recomendações do campo da comunicação em saúde e as necessidades da população por uma atenção mais integral em saúde. O MS não disponibiliza o plano de comunicação em saúde vigente, deixando a área da comunicação vazia de informações e conhecimentos sobre as suas atividades da assessoria de comunicação (PITTA, 2002). Deste modo, o MS deixa evidente que ainda não tem organizado uma política de comunicação em saúde e nem um plano comunicacional.

Teixeira (2003), em seu artigo, salienta que o setor saúde ainda enxerga o setor comunicação de uma forma muito generalista, utilizando a comunicação somente para a organização de processos de trabalho e como uma ferramenta capaz de modificar comportamentos para hábitos mais saudáveis. Ainda hoje, a comunicação em saúde é feita majoritariamente (e na maioria das vezes somente por) através de campanhas. As campanhas em saúde promovidas pelo MS utilizam textos escritos, o que acaba não atingindo uma grande parte da população que é analfabeta ou analfabeta funcional. Em contrapartida, a imprensa e a mídia utilizam a propaganda audiovisual em larga escala, atingindo a população, influenciando opiniões e ditando padrões. O autor reforça a importância de o setor saúde utilizar a comunicação como um meio de publicizar suas ideias, concepções, ações e serviços, tornando o SUS público e transparente, favorecendo o diálogo e o debate público, empoderando os usuários e tornando-os protagonistas das mudanças que desejam (TEIXEIRA, 2003).

Pitta (2002) e Teixeira (2003) trazem em seus artigos o debate sobre como a mídia brasileira retrata o SUS negativamente, evidenciando os seus limites e problemas, utilizando o discurso biomédico, com o enfoque em doenças, remédios, medicamentos, cuidados com abordagem na assistência médica e clínica. Pitta (2002) reforça o quanto a discursividade da mídia determina os conhecimentos que a população tem sobre saúde, cultura do corpo, o que é ou não ser saudável,

os imaginários de cada doença, prevenção, padrão de beleza, violências, entre outros. A mídia faz a gestão do discurso, daquilo que pode ou não ser dito, e utiliza as propagandas (e a comunicação) como uma estratégia política e econômica (PITTA, 2002; TEIXEIRA 2003).

Comunicação para efetivar o Trabalho em Equipe

No SUS, os serviços de saúde estão organizados em rede e o trabalho e as práticas de saúde estão orientadas pelo trabalho de equipes multiprofissionais e multidisciplinares. O cuidado em saúde prevê a construção de vínculo, o diálogo, o acolhimento, a interação, a escuta e a negociação. Araújo (2009) ressalta que, para realizar o cuidado em saúde, é necessária a interação entre profissionais, usuários e familiares, e a comunicação é o meio de interação entre esses. Deste modo, a comunicação é fundamental e relevante para a construção de vínculo, de novos modelos de assistência em saúde, na adesão ao tratamento, para a prevenção e promoção, no desenvolvimento da autonomia, na participação ativa dos cidadãos, e para a efetivação do trabalho em equipe (ARAÚJO, 2009).

Contudo, as práticas de saúde foram construídas historicamente, na lógica biomédica, organizadas por categorias profissionais, hierarquizadas e centralizadas. Araújo (2009), ao analisar algumas pesquisas sobre a interação entre os profissionais de saúde, constatou que a posse de fala dentro das equipes é predominantemente da categoria médica, que acaba repassando informações sobre o tratamento dos pacientes. Os psicólogos foram a segunda categoria com maior número de emissões verbais. A participação dos pacientes é passiva, apenas recebendo informações e orientações sobre o seu tratamento, não participando da construção de seu plano terapêutico (ARAÚJO, 2009).

Ferreira (2012) traz em seu estudo que as equipes de saúde avaliam a comunicação como satisfatória, porém não relacionam a comunicação com o processo de trabalho e como um dispositivo de gestão que permite o caráter dialógico e intersubjetivo, assim contribuindo para a gestão participativa.

Pitta (2000), Araújo (2009) e Deslandes (2009) trazem a habilidade comunicacional como um importante aspecto da formação dos profissionais de saúde, uma vez que a efetivação do SUS depende da efetivação das redes de conversação e da habilidade de interação e comunicação dos profissionais de saúde. Pitta (2000) salienta que o campo da comunicação em saúde necessita de profissionais com uma formação mais ampla e complexa das tradicionais atividades da comunicação.

Participação Social e Democracia - o que a Comunicação tem a ver com isso?

Araújo (2009) traz como resultado de seu estudo o diagnóstico da participação passiva dos usuários em seu tratamento e interação com os profissionais de saúde. O SUS preconiza a participação dos usuários dentro do Sistema, porém Deslandes (2009) salienta que quando os usuários se posicionam nas instâncias de participação social têm suas falas desqualificadas e não reconhecidas. Deste modo, Deslandes (2009) diagnostica que os espaços de participação social acabam não promovendo a participação emancipatória, não possibilitando condições de fala e escuta em igualdade com os profissionais de saúde, e, assim, a comunicação não produz sentido para os usuários. A autora reforça que o SUS precisa elaborar uma política de comunicação em saúde que dê espaços efetivos de fala para os usuários e que considere a produção de sentidos e as relações de poder (DESLANDES, 2009).

Pitta (2002) coloca a democracia como uma

[...] opção tecnológica ou “modo de fazer” comunicacional como processo de trabalho concreto de construção da equidade não apenas econômica, mas social, política, cultural, simbólica, ética, tecnológica. (p.63, grifos da autora)

A autora destaca a comunicação como um meio de construção e implementação de políticas públicas, uma vez que informa para a tomada de decisão, amplia a participação e o debate, e considera e negocia com a pluralidade os interesses da sociedade e território (PITTA, 2000). Teixeira (2003) reforça a importância da comunicação como premissa da participação dos usuários no SUS, uma vez que a comunicação fortalece a cultura popular, permitindo o empoderamento político e auxiliando na construção de projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários. Martins (2012) traz a comunicação como um dispositivo capaz de consolidar redes democráticas de interesse da população, e que através do enfoque comunicativo é possível negociar compromissos, interesses, ações, e outros.

Os princípios e diretrizes orientadoras do SUS dependem da superação da fragmentação e da ampliação da participação, o que pode ser obtido através da integração social (profissionais, usuários, equipes, gestores) que a comunicação oferece (LIMA, 2009).

Redes de Conversação e Planejamento Estratégico Situacional: a Construção de um Novo Modelo

Pitta (2002), Lima (2009) e Martins (2012) reforçam em seus artigos o quanto o SUS é formado por diversos atores, serviços, instituições e órgãos decisórios (normativos e regulatórios) e que, para articular esse sistema policêntrico, é fundamental a organização da gestão da saúde em redes. A interdependência dos pontos dessa rede exige uma dinâmica diferenciada, com o uso intenso de tecnologias de comunicação e informação, a fim de articular esses atores e interconectar esses serviços. Lima (2009) diz que, na prática, as relações entre os pontos da rede de serviços que compõem o SUS só se dão por causa das relações interpessoais. Para garantir os resultados desejados, é necessário que o SUS atente para a comunicação interpessoal e organizacional. Hoje, a forma como os serviços de saúde dentro do SUS se relacionam está longe de ser uma rede (LIMA, 2009) e Pitta (2002) salienta que esse fato não pode mais ser desconsiderado pelo campo governamental.

Um dos caminhos possíveis para a articulação desta rede de serviços em saúde é a construção de um novo modelo de comunicação em saúde. Pitta e Rivera (2006), Ferreira (2012) e Martins et al. (2012) referem que o modelo ideal de gestão para o SUS é a gestão comunicativa, pois ela permite a construção de redes democráticas, valoriza a diversidade de atores e a participação, privilegiando o diálogo e a intersubjetividade no processo de planejamento.

A interação dos serviços de saúde que compõem a rede (ou o SUS propriamente dito) poderá ser realizada através da comunicação ou, mais precisamente, do agir comunicativo (ação comunicativa), que nada mais é do que o entendimento a partir de uma linguagem (LIMA, 2009). O ato da fala é o fundamento do processo de interação e constitui o processo comunicacional enquanto linguagem capaz de denotar/conotar, explicar/confundir, autorizar/desautorizar, consentir/proibir. O agir comunicativo é que nos permite construir a nossa produção de sentidos, nossas versões da saúde, adoecimento, sofrimento, entre outros (DESLANDES, 2009).

A integração dos serviços de saúde, para Lima (2009), deve ser pensada através da lógica das redes de conversação, dada a evidência do caráter dialógico, relacional e micropolítico das redes de serviços em saúde que compõem o SUS. Pitta (2002), Lima (2009) e Martins (2012) trazem o caráter democrático, inclusivo e participativo das redes de conversação, pois, através do fluxo intenso e contínuo de comunicação e troca de informações, permite a ausculta pública, a produção de sentidos, o empoderamento dos atores envolvidos, o debate, a argumentação crítica, o consenso, a pactuação de ideias e ações, e orienta as tomadas de decisões estratégicas capazes de responder aos interesses da população. Pitta e Rivera (2006) reforça que o “grande desafio da gestão comunicativa é este fazer cotidiano permanente” (p.408).

A efetivação do SUS passa pela articulação e interação entre os serviços de saúde através de redes de conversação e para isso é necessário planejar e gerir essas redes, considerando os múltiplos atores envolvidos, os seus interesses, a construção coletiva de sentidos e de ações e metas. Neste sentido, Pitta (2000; 2006) aponta que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um ponto de partida para o planejamento em saúde porque consegue dar voz aos atores envolvidos através da lógica das necessidades sociais e de saúde.

Em seus estudos, Pitta (2000; 2006) traz que a abordagem do PES é realizada de forma integrada, coletiva e democrática através de um diagnóstico que identifica as prioridades e intervenções sobre as situações de saúde. Esse diagnóstico é feito através do diálogo e troca de ideias, onde são discutidos a produção de sentidos, os discursos, a argumentação e a análise das situações. Assim, o planejamento feito através do processo comunicacional permite apontar causas, nós críticos, e construir ações e intervenções compatíveis com as necessidades diagnosticadas e demandadas coletivamente. Essa rede de conversação dentro do serviço de saúde possibilita o planejamento com o exercício da cidadania, da democracia e da liberdade de expressão, apontando um caminho para a elaboração de uma política de comunicação em saúde (PITTA, 2000; 2006).

Conclusão

Na pesquisa realizada, a exclusão de muitos artigos que abordam a comunicação como uma simples ferramenta de divulgação e campanha das ações em saúde já denuncia a forma instrumental como o campo da saúde se relaciona com a comunicação. Ainda nos dias atuais, a comunicação em saúde é abordada com ênfase no discurso biomédico e clínico, utilizando campanhas publicitárias para fazer o controle de hábitos saudáveis para a população, e a comunicação ainda é reconhecida como uma simples ferramenta de organização dos processos de trabalho e dos fluxos de informações (ARAÚJO, 2009; PITTA, 2002; TEIXEIRA, 2003; FERREIRA, 2012).

Pitta (2002) e Teixeira (2003) pautam o quanto os meios de comunicação, em especial a televisão, retratam negativamente o SUS e, devido a sua abrangência, acabam influenciando as opiniões e conhecimentos sobre saúde e doença. Os autores ressaltam a importância da comunicação na saúde para publicizar, no sentido de tornar público. O SUS é uma política pública que nasceu da Reforma Sanitária Brasileira e,

(...) partindo da premissa de que políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam (adquirem visibilidade, portanto existência) e são apropriadas (convertidas em saberes e práticas) pela população a que se destinam, temos que considerar que comunicação é inseparável deste processo. Por este aspecto, podemos dizer que a natureza e a qualidade da comunicação são determinantes da possibilidade de sucesso da política em questão. (ARAÚJO, 2007, p.22)

A comunicação em saúde permite ao SUS publicizar as suas ideias e concepções, permite à população conhecer as ações e serviços que compõem a rede do SUS, permite a compreensão da saúde como um direito. É emergente a publicização do SUS a fim de garantir a transparência do Sistema, favorecer o diálogo, o debate público e o empoderamento dos usuários para o exercício da cidadania e da democracia. Deste modo, compreendo que, para o exercício do direito à saúde, é fundamental o direito à comunicação em saúde.

Pitta (2000), Teixeira (2003), Deslandes (2009) e Ferreira (2012) pontuam o quanto a comunicação fortalece a cultura popular, incentiva e empodera para a participação social, estimulando assim a construção coletiva de políticas públicas e o exercício da cidadania e da democracia.

A análise de Pitta (2002) evidencia a necessidade de o MS elaborar uma Política Nacional de Comunicação em Saúde e um plano de comunicação, considerando as recomendações feitas pelas

CNS. É necessário que o setor saúde se organize para exercer uma pressão política para a criação e elaboração destes documentos.

Segundo Araújo (2009) e Ferreira (2012), a comunicação influencia os modelos assistenciais e, utilizada como um dispositivo de gestão, é capaz de potencializar o diálogo, a interação, compreender o intersubjetivo, e, assim, contribuir para uma gestão participativa e para a efetivação do trabalho em equipe. Pitta (2000), Araújo (2009) e Deslandes (2009) recomendam que os profissionais de saúde desenvolvam suas habilidades comunicacionais em seus processos de formação.

Pitta (2000, 2002 e 2006), Deslandes (2009), Lima (2009), Ferreira (2012), Martins (2012) e Teixeira (2003) desafiam a comunicação a criar um modelo que dê conta de organizar o sistema de forma descentralizada e participativa, com um enfoque linguístico e comunicativo de gestão, que transforme as redes de serviços de saúde do SUS em redes de conversação falantes e integradas, permitindo, assim, o exercício da cidadania, a conquista da democracia, o exercício do direito à saúde e do direito à comunicação, e a consolidação de uma rede de serviços em saúde com um processo comunicativo efetivo.

Nenhum dos autores propõe um modelo pronto e fechado de comunicação em saúde, mas apontam para a construção de um plano de comunicação em saúde e de uma política de comunicação em saúde construídas através de uma gestão comunicativa que utiliza o Planejamento Estratégico Situacional (PITTA, 2000; 2006) para alinhar a gestão descentralizada e participativa em saúde, através das redes de conversação e do agir comunicativo (PITTA, 2006; DESLANDES, 2009; LIMA, 2009; FERREIRA, 2012; MARTINS, 2012).

O SUS é uma aposta de grandes mudanças nas condições de saúde da população, e para que suas metas, princípios e diretrizes se tornem práticas cotidianas, é necessário que os serviços e profissionais de saúde se articulem através de redes de conversação. Deste modo, pensar como a comunicação em saúde está organizada dentro do SUS se justifica ao compreender que a comunicação permite planejar e gerir essas redes considerando os múltiplos atores envolvidos, os seus interesses, e a construção coletiva de sentidos, ações e metas. A comunicação é necessária no processo de consolidação de um Sistema voltado para a saúde coletiva, para o bem-estar social, para a participação, para a efetivação dos direitos dos usuários e para o exercício da cidadania e da democracia vivas em ato. É necessário avançar na construção de uma política, modelo e plano de comunicação em saúde com representatividade pública, que possibilite a participação e o exercício da cidadania, capaz de embasar os processos decisórios do planejamento, empoderar os atores envolvidos e contribuir para a democratização do Estado.

Referências

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v.61, n.2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os princípios do SUS*. Portal Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2013.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Casa Civil, 1988.

BRASIL. *Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Portal Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627> Acesso em: 8 jul 2013.

- BRASIL, Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 16 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CASTIEL, L. D.; SILVA, P. R. V. *Precriedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. São Paulo, v.13, n.1, p. 641-649, 2009.
- GOMES, R. A. L. *A comunicação como direito humano: um conceito em construção*. Recife, 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/midia/gomes_comunicacao_como_dh.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.
- FERREIRA, M. C. et al. Estudo das relações comunicativas no processo de gestão de uma instituição de saúde. *Revista CEFAC*, São Paulo, 2012.
- INTERVOZES, Coletivo Brasil de Comunicação Social. *Relatório da Pesquisa Direito à Comunicação no Brasil – Base constitucional e legal, implementação, o papel dos diferentes atores e tendências atuais e futuras*. Brasília: Fundação Ford, 2005.
- L'ABBATE, S. *Direito à Saúde – Discursos e Práticas na Construção do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico metodológica. *Interface*, São Paulo, v.13, n.31, p.329-42, 2009.
- MARTINS, W. J.; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.46, p51-8, 2012.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PAIM, J. S. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PERUZZO, C. M. K. Direito à comunicação comunitária, popular e cidadania. *Revista Latinoamericana de Ciências da Comunicação*. São Paulo: ano II, n.3, p. 18-41, jul./dez., 2005.
- PITTA, A. R. Por uma política de comunicação em saúde. Brasília: *Saúde e Sociedade*, v.11, n.1, p.85-93, 2002.
- PITTA, A. R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. *Interface*, São Paulo, v.4, n.7 p.61-70, 2000.
- PITTA, A. R; RIVERA, F. J. U. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface*, São Paulo, v.10, n.20, p.395-410, 2006.

SANTOS, K. M. A. B; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes de UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.59, n.1, p. 61-6, 2006.

SILVA, M. J. P. *Comunicação tem Remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.4, n.33, p. 73-88, 2006.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 89-111, 2003.

TEIXEIRA, R. R.; CYRINO, A. P. As ciências sociais, a comunicação e a saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, p.151-172, 2003.

TERCIOTTI, S. H.; MACARENCO, I. *Comunicação Empresarial na Prática*. São Paulo: Saraiva, 2010.

A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NO IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS: O EXEMPLO DAS EMERGÊNCIAS DE PORTO ALEGRE



Laura Pereira da Maia¹
Tatiana Engel Gerhardt²
Andréia Burille³

Resumo: O artigo analisa como os serviços públicos de emergência em saúde são retratados em dois jornais de grande circulação no Rio Grande do Sul e de que forma a mídia impressa pode influenciar o imaginário coletivo com relação a estes serviços e, mais amplamente, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha desse cenário surge a partir de sua vasta utilização pela população, tanto em casos graves quanto não graves, o que pode ser um dos marcadores para problematizar as superlotações das emergências. Para contemplar os objetivos, utilizou-se abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O método de coleta de dados foi a clipagem e a análise destes dados realizou-se por categorias temáticas construídas a partir da relação título-texto-imagem. Estas foram divididas em sete temáticas: ampliação de vaga, morte, reforma/inauguração, lotação, sem equipamentos, conserto de equipamento, e falta de contratação de profissionais. Das 28 reportagens, 23 tiveram a presença de algum tipo de imagem que pudesse transmitir algum tipo de informação para o leitor. É notório, através das imagens que serão apresentadas, que a mídia explora os percalços de maneira negativa, influenciando na concepção do coletivo.

Palavras-chave: Comunicação; Artigo de Jornal; Serviços de Saúde; Emergências; Avaliação em saúde.

Introdução

A mídia é um meio de comunicação que transmite informações para a sociedade e participa da construção de diferentes tipos de conhecimentos. No campo da saúde, enquanto dispositivo, tem papel importante na construção das representações coletivas e, conseqüentemente, sobre as concepções dos serviços de saúde públicos e privados. Assim, entende-se que a mídia pode fomentar percepções positivas ou negativas, a partir do que e de que forma veicula as informações, em especial ao que se refere ao setor público da assistência saúde.

Uma pesquisa realizada pelo IPEA (2011), com objetivo de avaliar a concepção dos serviços públicos de saúde, identificou que a opinião dos usuários foi qualificada mais positivamente do que a dos não usuários, que em sua grande maioria avaliaram os serviços como “ruins”. Diante disso, algumas inquietações surgem: quais parâmetros os não usuários do SUS estão considerando para emitir essa opinião, se não o utilizam? Será que essas concepções foram construídas a partir da representatividade? Qual o papel da mídia na construção desse imaginário coletivo?

¹ Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Saúde Coletiva junto ao PPGCOL/UFRGS. Email: lauramaia22@gmail.com.

² Pós-doutorado em Antropologia Visual - Université Bordeaux Segalen (Bordeaux) e Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris). Professora da UFRGS. E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFRGS, Doutoranda junto ao PPGENF/UFRGS. Email: andreiaburille@yahoo.com.br

Partindo dessas questões, o presente artigo buscou identificar informações veiculadas pela mídia impressa sobre as emergências públicas de Porto Alegre, visando compreender quais as representações que essas informações podem despertar no imaginário coletivo, mais especificamente sobre o setor público do Sistema Único de Saúde. Justifica-se a escolha desse cenário de análise em virtude de que, dentre os serviços públicos de assistência à saúde, as emergências e o tema superlotação são frequentemente evocados na mídia.

A definição de emergência, segundo Nasi (2006), vem do latim *emergentia*, que pode ser traduzida por ocorrência perigosa, situação crítica ou necessidade imediata. Na organização dos serviços de saúde, as emergências compõem o nível primário de cuidado pré-hospitalar, que tem como objetivo identificar os pacientes com risco de morte e ofertar os primeiros cuidados.

Na perspectiva da organização dos serviços de emergências, segundo Gomide (2012), a missão é atender de modo qualificado e com acolhimento por meio da classificação de risco para classificar os usuários, de modo a separar os mais graves dos menos urgentes, pois antes as emergências atendiam por ordem de chegada.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se aumento no fluxo de circulação dos usuários, nos serviços de prontidão, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho nessas unidades, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e necessidades, conforme as diversas prioridades, e não mais por ordem de chegada (GOMIDE, 2012, p.20).

No Sistema Único de Saúde, a porta de entrada preferencial, na lógica da organização, deve ser a atenção primária, constituída por centros, postos e unidades de saúde. A partir desse nível, caso necessário, o usuário deve ser encaminhado para outros níveis com maior complexidade. Todavia, os fluxos nem sempre são como se preconiza na organização do sistema, pois muitas vezes a população elege outras portas de entrada, entre elas as emergências, a partir da expectativa de um atendimento mais rápido e adequado.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011), as emergências acabam sendo usadas como “porta de entrada” no SUS por muitos usuários e isso problematiza a questão da superlotação, uma vez que este serviço deveria atender apenas urgências e emergências em saúde, não questões pontuais que poderiam ser resolvidas nas unidades básicas de saúde. Além disso, acresça-se que muitas unidades apresentam escassez de recursos humanos e materiais, situação que se agrava com a superlotação.

Alguns autores, como Giglio-Jacquemot (2005), explicam que as emergências superlotadas se afastam de sua missão, pois os atendimentos que requerem um nível de maior complexidade acabam prejudicados em função da grande demanda requerida no serviço. Xavier (2006), ao abordar a procura por cuidado, enfatiza que essa busca se dá muito em virtude da tecnologia e da maior complexidade, sobretudo, conforme Gerhardt (2010), por doentes crônicos que nos períodos de agudização demandam por serviços e intervenções profissionais de média e alta complexidade decorrentes do acesso facilitado e da maior efetividade na amenização do problema.

Com isso, amplia-se a problemática das superlotações das emergências e a mídia, pois, conforme Xavier (2006), a procura por maior densidade tecnológica está ligada a ênfase na ciência e funciona como um sinalizador de eficácia e qualidade. Nesse contexto, as mídias não só interpelam saberes, como também se colocam na posição de promotores de uma determinada unidade ideológica do espaço social, evocando o consumo de tecnologia e priorizando, na lógica de mercado, os serviços de saúde privados em prol dos ofertados pelo SUS.

Metodologia

Para compreender o papel da comunicação (mídia impressa) na construção das representações/concepções das emergências públicas de Porto Alegre, o estudo se apoiou em uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Justifica-se a escolha metodológica na fala de Minayo et al. (2008), que colocam que o cenário das pesquisas qualitativas é o cotidiano e as experiências de senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos atores que as vivenciam. Assim, ao buscar identificar a subjetividade dos produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito da vida e o quanto isso acarreta nas relações, nas representações, nas crenças, nas percepções e nas opiniões, a pesquisa qualitativa mostra-se apropriada para o objetivo proposto.

Já a observação, o registro e a análise de fatos que envolvem mídia e a superlotação das emergências públicas, sem intervir sobre eles, conferem ao estudo um caráter descritivo, e o levantamento de informações com a finalidade de conhecer melhor esse fenômeno, percebê-lo de outras maneiras e descobrir novos caminhos, caracteriza a pesquisa também como exploratória (CERVO; BERVIAN, 1996; SEVERINO, 2007).

A geração de dados da pesquisa foi realizada a partir de pesquisa documental dos jornais Zero Hora e Correio do Povo, duas mídias populares de ampla circulação no Rio Grande do Sul e também em outros estados, como Santa Catarina e Paraná. A escolha do jornal como agente gerador de dados deu-se a partir de dados divulgados pelo Instituto Verificador de Circulação (IVC), órgão responsável pela auditoria de jornais e revistas no país, que apontam que o meio “jornal” aumentou em média 3,5% de circulação no Brasil em 2011, o que indica que mais leitores têm tido acesso a esse meio de comunicação.

Ainda de acordo com o Instituto Verificador de Circulação (IVC), em 2011, o jornal Zero Hora ficou em sexto lugar na média de circulação de jornais e revistas no país, seguido do Jornal Correio do Povo, em nono do *ranking*. Tais dados reforçam o potencial que ambos os veículos de comunicação apresentam. Assim, este estudo elegeu para gerar dados as notícias veiculadas sobre emergências públicas que se referiam ao município de Porto Alegre, excluindo-se demais reportagens que mencionam outros municípios. O motivo da escolha do município é que Porto Alegre, além de ser a capital do estado, concentra grande parte da tecnologia de mídia e alta complexidade, o que contribui também para o descolamento de muitos pacientes do interior do estado para a capital.

Este estudo se caracteriza igualmente por realizar uma análise documental, que é, conforme Minayo et al. (2008):

Uma técnica de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (p. 83).

Foram selecionadas todas as notícias que apresentaram os critérios acima mencionados, no decorrer de abril a outubro de 2012 (seis meses). Justifica-se que o intervalo de tempo, embora breve, permite ilustrar o objeto de estudo, na medida em que a intenção é analisar a forma como o tema é apresentado nas reportagens para o grande público. Além disso, o recorte de tempo visou apresentar o que a mídia impressa tem comunicado recentemente sobre o tema.

Num primeiro momento, foram reunidas todas as publicações e selecionadas as reportagens veiculadas pelos dois jornais sobre o tema. Após, as notícias passaram pelo processo de *clipping*, palavra derivada do verbo inglês, *clip*, que significa cortar, recortar. De acordo com Mafei (2010), a clipagem mostra-se uma ferramenta estratégica com certo grau de sofisticação, que serve para monitorar a exposição da imagem de determinadas empresas e serviços. Com término dessas duas etapas, a análise dos dados constituiu a próxima fase.

As notícias selecionadas e clipadas forneceram subsídios para análise de dados, que num primeiro momento contou com o auxílio do programa *Microsoft Excel*, no qual foram realizadas tabelas com intuito de organizar e descrever as situações em que foram publicadas as notícias. Após análise de conteúdo das reportagens, novas tabelas foram elaboradas, divididas em três categorias: notícias positivas, negativas e neutras. Nas tabelas também foram descritas as notícias que foram capas dos jornais. Desse modo, a análise contemplou as manchetes e os textos divulgados.

Com os dados assim organizados, procedeu-se a análise de conteúdo. Destaca-se que essa técnica foi escolhida em virtude de ser uma técnica muito utilizada em análise documental e, como tal, ter determinadas características metodológicas, como sugere Minayo (2008): objetividade, sistematização e inferência. Por fim, os dados analisados foram descritos e discutidos com outros estudos realizados sobre a temática em questão.

O presente estudo passou pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo aprovado pelo protocolo número 24320, em abril de 2013.

Resultados

Ao buscar reportagens sobre serviços públicos de atendimento a emergências em Porto Alegre, no recorte temporal proposto pelo estudo, encontraram-se 28 fontes de dados, distribuídas igualmente nas mídias impressas Zero Hora (14 menções) e Correio do Povo (14 menções). Importante destacar que a escolha de duas fontes de mídia impressa encontra apoio na ilustratividade do que se veicula de forma geral sobre esses serviços, não sendo objetivo do trabalho estabelecer comparações entre as mesmas.

Por meio da leitura do título, texto e imagem, agruparam-se em temáticas os assuntos mais abordados: Ampliação de vaga; Morte; Reforma/Inauguração; Lotação; Sem equipamento; Falta de contratação de profissionais; e Conserto de equipamento. Além de descrever título, texto e imagem das reportagens, estas foram analisadas com intuito de não remeter-se somente à reprodução visual, mas igualmente à cognição de conceitos sugerida ao leitor por meio da mídia jornal.

A Tabela 1 apresenta as temáticas e a quantidade de publicações presentes nas mídias Zero Hora e Correio do Povo, identificando a ocorrência de tais temáticas em ambos os veículos. Nesta primeira aproximação, é visível que a temática *lotação* é a de maior veiculação nas duas mídias analisadas, correspondendo um total de 16 reportagens.

Tabela 1: Temática dos textos sobre as emergências públicas em Porto Alegre, nos jornais Zero Hora e Correio do Povo, no período de abril a outubro de 2012

TEMAS	TOTAL
Ampliação de vaga	02
Morte	02
Reforma/Inauguração	04
Lotação	16
Sem equipamento	01
Conserto de Equipamento	01
Falta de contratação de profissionais	03
Total	28

Fonte: Coleta em pesquisa direta, maio 2012

Os temas “ampliação de vaga”, “reforma/inauguração” e “conserto de equipamentos” foram qualificados como temáticas positivas/neutras, sendo que as temáticas “morte”, “lotação”, “sem equipamentos” e “falta de contratação de profissionais” foram classificadas como negativas, ou seja, parte do título, texto ou imagem teve o objetivo de impactar o leitor de maneira implícita, ou até mesmo explícita, como revela a análise do *clipping*.

O título em ambas as mídias é representado em negrito com a primeira letra maiúscula. Das 28 reportagens, 19 foram classificadas como negativas e 9 foram classificadas como positivas/neutras. A classificação dos títulos em enfoque negativo ou positivo/neutro é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação dos títulos das reportagens sobre as emergências públicas em Porto Alegre em negativos e positivos/neutros, no período de abril a outubro de 2012

Classificação	Temáticas	Títulos	Total
Positivo/ Neutro	Ampliação de vagas	Mais 67 novos leitos; Hospitais oferecem 100 novas internações; Um alívio para as emergências do SUS.	03
	Reforma/ Inauguração	Um alento na saúde da Capital; Independência tem reabertura marcada; Pronto-atendimento e hospital abrirão hoje; Hospital Independência deve reabrir no dia 28.	04
	Conserto de equipamento	HPS volta a fazer tomografia.	01
	Falta de contratação de profissionais	Reabre emergência do Conceição.	01
Negativo	Morte	Após acidente, mulher morre a espera de leito; Paciente morre na fila da emergência;	02
	Lotação	Emergência apenas para casos graves; Emergências lotadas mais uma vez; Longa espera provoca revolta; Hospital em estado de emergência; Demora, Sofrimento, Castigo, Resignação, Alternativa; Emergências estão superlotadas; Hospitais com triplo da capacidade; Clínicas volta a ficar superlotado; Situação crítica nos hospitais; Drama e tumulto nas emergências; Hospitais restringem assistência; Sem postos, emergências de hospitais ficam superlotadas; Emergência do HCP fica superlotada; Novo protesto em emergência.	14
	Falta de equipamento	HPS está sem único aparelho de tomografia.	01
	Falta de contratação de profissionais	Faltam plantonistas no Conceição; Conceição terá um mês para melhorar emergência.	02
Total			28

Fonte: Coleta em pesquisa direta, maio 2012

Das 28 clipagens lidas nas duas mídias, extraíram-se as informações mais relevantes, consideradas como podendo, de alguma maneira, influenciar a construção do imaginário coletivo sobre os serviços de saúde. Dividiram-se as análises textuais por temáticas, conforme segue abaixo:

- *Ampliação de vaga*: nessa temática foram encontradas três reportagens, cujos títulos são: *Mais 67 novos leitos; Um alívio para as emergências do SUS; e Hospital oferece 100 novas*

internações. O objetivo textual foi o de informar ofertas reguladas pelo Sistema Único de Saúde para reduzir as superlotações. A primeira reportagem foi classificada como negativa, pois ela desqualifica o setor público do SUS no texto quando aborda questões como tumulto, demora e agressões, além da imagem (Figura 1), que acompanha o texto, que será analisada com maior detalhe mais adiante. As demais reportagens foram qualificadas como positiva/neutra por abordarem a questão da oferta de leitos como avanços do setor público do SUS.

- *Morte*: com essa temática, foram encontradas duas reportagens: *Paciente morre na fila da emergência*, na qual o texto informa que, durante a espera por atendimento, a paciente ficou deitada no chão ou sentada em cadeiras na emergência superlotada. Na segunda reportagem, com título *Após acidente, mulher morre à espera de leito*, há a denuncia de que houve tentativa de transferência para estabelecimentos da capital, mas não havia vagas. Ou seja, ambas as reportagens foram classificadas como negativas, pois o texto revela o problema das mortes pela falta de vagas e a superlotação das emergências da capital (Porto Alegre).
- *Reforma/inauguração*: quatro reportagens classificadas nessa temática foram analisadas como positivas, sendo que três dentre elas apresentavam imagens. Todos os textos apontavam essa temática como avanço do setor público do SUS, ou seja, a inauguração do Hospital Independência e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), trazendo estes eventos como promessas para reduzir as superlotações nas emergências, segundo as descrições dos textos das reportagens.
- *Lotação*: nessa temática, das 14 reportagens, em 13 há a presença de imagens. Sem exceções, os títulos das 14 reportagens foram classificados como negativos, pois todos, de alguma forma, depreciavam o serviço para o leitor. Por exemplo, em *Novo protesto em emergência; Emergência lotada mais uma vez; Longa espera provoca revolta*, entre outros títulos que serão analisados a seguir, utilizou-se palavras que indicam a recorrência do evento, como *novo (novamente), mais uma vez, longa*. Nos textos das reportagens, encontrou-se a descrição de *pacientes em maca no corredor aguardando leito; demora no atendimento; pacientes com náusea e dor de cabeça aguardando por atendimento em pé; na ala adulta, 160 pessoas estavam internadas em um espaço destinado para 49 leitos*. Na reportagem *Demora, Sofrimento, Castigo, Resignação, Alternativa*, seis pessoas foram entrevistadas, dos quais quatro seriam casos graves (classificados como linha vermelha) e outros dois poderiam ser atendidos em posto de saúde, mas, conforme indica o texto da reportagem, não encontrava-se médico no posto da região. No geral, as reportagens trazem o problema da superlotação associando-o a falta de profissionais, ao número insuficiente de leitos e a pacientes que poderiam ser atendidos em postos de saúde. No título *Emergências lotadas mais uma vez*, o texto indica que a superlotação não é mais um problema sazonal como em anos anteriores, trazendo ao leitor como causas, por exemplo, a fala de responsáveis por estes serviços, como “a saúde pública está sobrecarregada de demanda e com um investimento miserável - alerta o chefe da emergência da Santa Casa, Leonardo Fernandez”. Já na reportagem com o título *Emergências estão superlotadas*, o texto orienta “para que só se dirija ao hospital quem tiver algum problema grave, dor abdominal com febre, hemorragia digestiva, falta de ar aguda ou perda de consciência. Os casos mais simples podem ser atendidos nos postos de saúde”.
- *Sem equipamento*: nessa temática, a reportagem aqui classificada informa que o único equipamento de tomografia do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre estragou e que os casos graves estavam sendo encaminhados para os Hospitais Cristo Redentor e São Lucas. O título da matéria, *HPS está sem único aparelho de tomografia*, também foi classificado como negativo já que tinha o cunho de denunciar a falta de um equipamento essencial para atendimentos em emergência.

- *Conserto de equipamento*: a reportagem classificada nessa temática anuncia o conserto do equipamento de tomografia que voltou a funcionar no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre depois de 15 dias. O aparelho estava danificado e era o único da unidade. A reportagem continha apenas o título de: *HPS volta a fazer tomografia* e, tanto o texto como o título, foram classificados como positiva/neutra, pois não fornecia informações que abordasse de modo depreciativo o serviço público de emergência;
- *Falta de contratação de profissionais*: as três reportagens classificadas nessa temática abordam a falta médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de citar o problema da baixa remuneração e a falta de segurança no local. Duas reportagens, *Conceição terá um mês para melhorar emergência* e *Reabre emergência do Conceição*, associam o problema da superlotação à falta de contratação e valorização dos profissionais da saúde. Já a reportagem de título *Faltam plantonistas no Conceição* denuncia a falta de contratação dos profissionais. Os textos das três reportagens são negativos, entretanto, eles se diferenciam em relação ao título, sendo os títulos *Faltam plantonistas no Conceição* e *Conceição terá um mês para melhorar emergência*, classificados como negativos, pois indicam ao leitor a ideia negativa de que tratara a reportagem. Já o título *Reabre emergência do Conceição* foi classificado como positivo/neutro, indicando ao leitor uma ideia positiva, mesmo o texto trazendo elementos negativos do serviço.

A imagem é um tipo de linguagem que permite diferentes interpretações, pois, segundo Novaes (2008, p. 456), as “imagens não reproduzem o real, elas o representam ou o rerepresentam. Nenhuma delas é idêntica ao real”. Para a autora, as imagens:

iludem-nos em sua aparência de naturalidade e transparência, a qual esconde os inúmeros mecanismos de representação de que resultam. Eficientes na comunicação simbólica, sem constrangimento sintático, estas imagens podem ser eloquentes. Por isso mesmo elas mantêm com o discurso verbal — em que o significado parece claro e manifesto — uma relação tensa, como uma disputa de território. Se o sentido do texto nos dá a impressão de ser único e fixo (embora seja, também ele, passível de várias leituras) e capaz de abstrações e generalizações, imagens têm uma natureza paradoxal: por um lado, estão eternamente ligadas a seu referente concreto, por outro, são passíveis de inúmeras “leituras”, dependendo de quem é o receptor. (NOVAES, 2008, p. 456, grifo no original)

Assim, partimos desse pressuposto para analisar as imagens sobre as emergências públicas de Porto Alegre que acompanharam os textos. Das 28 reportagens, 23 tiveram a presença de algum tipo de imagem que pudesse transmitir algum tipo de informação para o leitor (Quadro 2), sendo elas agrupadas também por temáticas, para análise e melhor visualização de ocorrência. Na sequência, apresenta-se no Quadro 3 uma imagem ilustrativa de cada temática encontrada. Das 23 reportagens, 17 foram classificadas como negativas, pois as imagens foram consideradas como indutoras de algum tipo de interpretação depreciativa dos serviços públicos de emergências. Apenas 6 reportagens foram classificadas como positiva/neutra em função de suas imagens não serem depreciativas e não induzirem o leitor a uma construção negativa.

Quadro 2: Reportagens com imagens das emergências públicas de Porto Alegre com perfil positivo e negativo presentes nas matérias dos jornais Zero Hora e Correio do Povo, no período de abril a outubro de 2012

Classificação	Temáticas	Imagens
Positivo/ Neutro	Ampliação de vagas	02
	Morte	-
	Reforma/Inauguração	03
	Lotação	-
	Ampliação de vagas	-
	Sem equipamento	-
	Conserto de equipamento	-
	Falta de contratação de profissionais	01
Negativo	Ampliação de vagas	01
	Morte	02
	Reforma/Inauguração	-
	Lotação	13
	Sem equipamento	-
	Conserto de equipamento	-
	Falta de contratação de profissionais	01
	Ampliação de vagas	-
		23

Fonte: Coleta em pesquisa direta, maio 2012

Em relação à temática Ampliação de vagas, a figura 1 (Quadro 3) foi classificada como negativa por descrever uma mulher com a mão no rosto, a qual sugere estar chorando, além de apresentar um menino dormindo nas cadeiras. Entretanto, o que mais caracteriza a imagem é uma clipagem em cima da reportagem que relembra um caso de morte devido à espera prolongada pelo atendimento. Já a imagem apresentada na figura 2 foi classificada como positiva/neutra por não trazer características depreciativas ao serviço de emergência.

Quadro 3: Imagens utilizadas pelas duas mídias impressas para as reportagens sobre as emergências públicas de Porto Alegre, abril-outubro 2012



Figura 1
Crédito: Mauro Vieira
Data: 02/07/2012



Figura 2
Crédito: Pedro Revillion
Data: 06/07/2012



Figura 3
Crédito: Sem autoria
Data: 19/04/2012



Figura 4
Crédito: Samuel Maciel
Data: 18/09/2012

Emergências estão superlotadas

Ainda em consequência de uma reforma no Hospital Nossa Senhora da Conceição, que restringe o atendimento desde o dia 12 na unidade, as emergências de outras instituições da Capital seguem superlotadas. O setor do Hospital Santa Clara, no Complexo Hospitalar Santa Casa, destinado a pacientes do SUS, opera ontem com mais do que o dobro da capacidade. O local tem 12 leitos e acomodava 28 pes-

soas. Três delas aguardavam em macas improvisadas no corredor. A situação do Hospital de Clínicas era ainda pior. Com 49 leitos, 138 pacientes adultos eram tratados no local, além de outras dez crianças para nove leitos. No São Lucas da PUCRS, a Emergência do SUS tinha 21 pacientes para 13 leitos adultos e cinco crianças para seis leitos.

No Conceição, 30 dos 50 espaços para a emergência estão in-

terditados para reforma. Por isso, restam apenas 20 vagas, além de leitos de retaguarda. Ontem pela manhã, havia 89 pessoas sendo atendidas no local.

A orientação é para que só se dirija ao hospital quem tiver algum problema grave, dor abdominal com febre, hemorragia digestiva, falta de ar aguda ou perda de consciência. Os casos mais simples podem ser atendidos nos postos de saúde.



Hospital Santa Clara operava ontem com mais que o dobro da capacidade

Figura 5

Crédito: Vinicius Roratto

Data: 24/10/2012



Figura 6

Crédito: Fernando Gomes

Data: 11/05/2012

Reabre emergência do Conceição

Interdição parcial durou 15 horas. Tribunal Regional Federal notificou fiscais do Coren/RS a deixarem o hospital

Quinta-feira após receber notificação do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), os fiscais do Conselho Regional de Enfermagem (Coren/RS) deixaram a emergência do Hospital Conceição, em Porto Alegre, e os pacientes voltaram a ser atendidos. Desde o fim do turno de quarta-feira, só casos graves eram aceitos, devido à interdição parcial.

O superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Carlos Eduardo Nery Paes, explicou que a instituição atende, em média, 140 pacientes por dia, mas que não é possível calcular quantos deixaram de ser atendidos nesse período de interdição. Na quarta-feira, o Coren/RS impediu o acesso ao setor e orientou as pessoas a procurarem outros hospitais ou postos de saúde em caso de emergência. "Se casamos com perplexidade e indignação essa decisão do Coren", disse o superintendente.



Figura 7

Crédito: Pedro Revillion

Data: 25/05/2012



Figura 8

Crédito: Carlos Macedo

Data: 25/05/2012

Na temática *Morte*, uma reportagem, com o título *Após acidente, mulher morre à espera de leito*, apresenta foto e nome completo da vítima que morreu devido a um acidente de trânsito e que não teve o devido atendimento devido à falta de leitos, conforme informou a reportagem. Igualmente nessa temática, a Figura 3 ilustra quatro clipagens que denunciam a questão da superlotação das emergências associadas ao título do texto *Paciente morre na fila da emergência*. Essa associação de título e imagem induz o leitor a construir o imaginário de que todo usuário em situação de maior gravidade que estiver na emergência superlotada morrerá.

A Figura 4 ilustra a temática *Reforma/Inauguração*, sendo a imagem classificada como positiva, pois não há nada que desqualifique o serviço. Mas o texto, cuja manchete é *Fim da Novela*, apresenta, além da manchete depreciativa, um conteúdo que retrata aspectos negativos, como a demora para chegar à capital gaúcha um atendimento 100% SUS, desviando também a atenção dos leitores para o problema da superlotação.

Em relação à temática *Lotação*, na imprensa Correio do Povo, a imagem mais comumente utilizada para pontuar a questão da superlotação é chamar a atenção do leitor com pacientes em macas ou em alas sem vagas para mais internações (Figura 5). Na imagem apresentada na Figura 6, a situação parece ser mais drástica, chamando a atenção do leitor para usuários sendo atendidos em um lugar que sugere ser improvisado pelo espaço apertado, o qual parece um corredor. Essa imagem, associada à manchete *Situação crônica*, induz a construção de um imaginário negativo das emergências públicas de Porto Alegre.

Sobre a temática de falta de contratação de profissionais, o Quadro 3 apresenta também a imagem da Figura 7, que, apesar de o título ser classificado como positivo/neutro (*Reabre emergência do Conceição*), chama a atenção do leitor por focar no cartaz *Enfermagem Interditada Coren-RS*. Igualmente, logo abaixo da imagem há a informação de que pacientes foram orientados a procurarem outros estabelecimentos de saúde. A reportagem denuncia o problema da superlotação como um dos agravantes à falta de contratação de profissionais.

Ainda nesta temática, a imagem presente na reportagem ilustrada na Figura 8 não apresenta elementos que chamem a atenção do leitor, entretanto o título e o texto destacam a reportagem como negativa, abordando mais uma vez a falta de contratação como um dos agravantes da superlotação das emergências.

Discussão

A análise das reportagens apontou, entre outros elementos, a importância de observar a tríade título, texto e imagem em conjunto, já que análise de apenas um elemento pode sublimar ou atenuar outro: título e imagem negativa, mesmo que as informações sejam positivas ou neutras no texto, podem fornecer ao leitor uma interpretação negativa, pois nem sempre as pessoas leem toda a reportagem. Muitos leitores são atraídos pelo título e imagem e já tiram suas conclusões a partir disso, como ilustra a manchete da reportagem da Figura 4, com o título *Fim da Novela*. Com relação às imagens vinculadas às emergências públicas, Custódio (2006) aponta o uso frequente de fotografias com usuários em macas no corredor. Para o autor, essa imagem clichê é a mais comum para representar as dificuldades do atendimento público à saúde. Neste estudo, ao observar as imagens utilizadas pelas mídias, podemos pontuar a existência de interferência indireta, ou até mesmo direta, da mídia na reprodução negativa que a população possui das emergências públicas, uma vez que o número de ilustrações com esse foco supera em muito as positivas/neutras. Além disso, a imagem “clichê”, como refere Custódio (2006), foi encontrada em várias clipagens referidas ao tema superlotação, o que expressa a dimensão da mesma no imaginário coletivo.

De acordo com o Sistema de Indicadores de Percepção Social, entre os serviços ofertados pelo SUS, o atendimento de urgência e emergência foi o que recebeu, em 2011, a maior proporção de avaliação “ruim ou muito ruim”, correspondendo a um total de 31,4% dos entrevistados, sendo esse número mais elevado na região Sul, que apresentou essa avaliação em 34,4% das respostas (IPEA, 2011). Sobre isso, é importante salientar que, das 28 reportagens analisadas neste estudo, 19 foram classificadas como negativas, indicando uma possível relação da mídia e essa concepção das emergências públicas gaúchas.

Outro estudo relacionado ao tema evidenciou que os construtos *saúde e adoecimento* são mais noticiados quando associados a procedimentos complexos e emergências. Nessa análise, Menegon (2008) identificou que as notícias que enfocavam o contexto hospitalar representavam 84% das publicações sobre serviços de saúde, sendo 49% com ilustração e 24% chamada de primeira página. Para a autora, enfrentar os obstáculos da mídia e das notícias que descrevem a hegemonia do modelo hospitalocêntrico constitui um dos desafios do SUS.

Já Bittencourt (2009), ao realizar uma revisão de literatura sobre o tema superlotação das emergências, levanta a necessidade de aumento de tecnologia e equipamentos, além da capacitação dos trabalhadores, bem como ampliação do número de leitos. O’Dwyer e Mattos (2013) destacam a necessidade de qualificar a gestão do trabalho a partir da maior e melhor oferta de recursos humanos e materiais.

Ofertar horários diferenciados na atenção básica também é um dos caminhos que pode contribuir para o menor uso das emergências, uma vez que o horário de funcionamento dos mesmos é apontado pelos usuários, em especial para homens, como um fator limitador (BURILLE, 2012). Apesar da superlotação e do cuidado direcionado apenas para a queixa principal, Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) e Burille (2012) pontuam que, nas emergências, o somatório de recursos disponibilizados num mesmo espaço, como exames e medicamentos, faz com que estas constituam uma importante porta de entrada.

Assim, faz-se importante melhorar as redes de cuidado, facilitando que os usuários consigam acessar a atenção básica e outros pontos da rede de atenção em saúde e daí realizar os demais fluxos necessários sem grandes entraves. Na prática cotidiana, observamos que a população sabe o propósito dos serviços de urgência e emergência, mas acaba utilizando-os em situações mais pontuais, muitas vezes em virtude das dificuldades encontradas na rede pública de saúde.

Reconhecemos que os pontos enunciados pelas pesquisas aqui citadas constituem-se elos importantes quando se fala das emergências públicas e, conseqüentemente, do SUS. Todavia, compartilhamos com o IPEA (2011), quando o mesmo pontua que as concepções negativas do SUS estão relacionadas mais ao que a mídia veicula do que a experiência do usuário ou de pessoas próximas a ele, já que, como mencionado anteriormente, as avaliações negativas são mais evocadas por não usuários do sistema.

Apesar da lei que regulamenta ações e serviços do SUS ainda estar em construção, Aciole (2013) traz o importante desempenho na área de transplante, colocando o Brasil em segundo lugar dos países que realizam esse procedimento. Além disso, o Brasil também tem reconhecimento internacional na área de doenças sexualmente transmissíveis, garantindo sempre que possível atendimento universal à população. Para Aciole (2013), a diversidade para o enfrentamento das dificuldades vem do privado, pois há um rótulo de que tudo que é privado é melhor.

Estes interesses contrários se manifestam quase que diariamente na mídia e em torno dela a denunciar o setor saúde em suas falhas existentes, mas de modo que, concomitantemente, enuncia a iniciativa privada como a única solução para os problemas e as imperfeições do sistema de saúde (ACIOLE, 2013, p.73).

Considerações Finais

Analisar as relações entre mídia e saúde e como estas influenciam o imaginário coletivo a respeito do setor público do SUS interessa ao campo da Saúde Coletiva, ainda mais nos dias de hoje, onde vivemos um período de intensas transformações sociais cada vez mais dominadas pela mídia e pela informação.

Assim, o propósito deste estudo foi o de manter acesas as discussões. Sabe-se que o SUS, com seus mais de vinte anos, já conquistou muitos avanços na saúde, mas se trata de um sistema ainda em construção. O SUS ainda tem muito a conquistar, e pudemos observar neste trabalho o quanto a mídia desestima os avanços da saúde no Brasil, e mesmo quando se trata de apresentar temáticas positivas sobre o setor público, conforme apresentado, há pequenas sutilezas no enunciado que provocam o leitor a uma reflexão negativa sobre a assistência.

A mídia, enquanto produtora de sentidos e construtora de valores que por ela circulam, expressa sentidos tanto do produtor quanto do receptor das mensagens, o que pudemos observar pelos muitos não usuários do SUS que julgam o serviço por meio das notícias que abordam o assunto das emergências de modo marginalizado, como fila, lotação, paciente na maca e no corredor, morte, entre outros abordados na análise.

Foi justamente no âmbito deste espaço da mídia que o trabalho recorreu aos diálogos entre o que é mencionado sobre o SUS e a influência no imaginário que se tem dele por meio da imprensa, com o propósito de relacionar a influência e o “poder” da mídia a partir das construções de reportagens que se apresentam como negativas, positivas ou neutras, mas que de alguma maneira tendem a projetar determinada opinião ao leitor.

Não se trata aqui de encontrar relações de causa e efeito, mas de recolocar a necessidade de continuar discutindo o que é apontado pela mídia, pois muitas vezes as emergências são “culpabilizadas” sem uma compreensão aprofundada dos problemas e dificuldades que integram o sistema de saúde como um todo e sobre as consequências que um discurso negativo possa vir a ter.

É notório, por meio das análises, que as informações veiculadas nas mídias favorecem determinadas formas de se compreender a saúde pública no país, bem como é visível, nas análises feitas, que há mais ênfase nas dificuldades do que nos avanços do SUS. Constata-se por fim, conforme Charaudeau (2007), que é difícil analisar o discurso midiático, pois por trás da informação estão ligados outros fatores, como poder, política e manipulação da opinião pública, formando o leitor como um refém desse discurso já produzido e interpretado.

Apesar da forte disputa do privado com o público, Aciole (2013) traz a imagem que a mídia apresenta do público questionando nos avanços, mas mais ainda, nas dificuldades e retrocessos, além das práticas corruptoras, ou seja, nesse cenário pairam também mazelas que acontecem no setor privado, mas que não possuem tanto destaque na mídia.

Referências

- ACIOLE, G. G. As desventuras de público no país dos privadas. *Coleção VER-SUS/Brasil*, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.
- BURILLE, A. *Itinerários Terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade*. UFRGS, Porto Alegre, 2012.

- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia Científica*. 4. ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
- CHARAUDEAU, P. *Discurso das mídias*. São Paulo: Contexto, 2007.
- CUSTÓDIO, J. A. C. Eternas macas, eternas marcas. *Revista discursos fotográficos*. Londrina, v.2, n.2, p.141-158, 2006.
- GERHARDT, T. E. (Org.). Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 448p.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. 25 (Número Especial 2): 19-2, 2012.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social. *Saúde*. 9 de fevereiro de 2011.
- IVC – Instituto Verificado de Circulação. IVC constata crescimento de 3,5% na circulação do meio Jornal em 2011. Encontrado em: <<http://www.ivcbrasil.org.br/blog/?p=197>> Publicado em: 01/04/2012. Último acesso: 19 dez. 2012.
- MAFEI, M. *Assessoria de imprensa: como se relacionar com a mídia*. 4º edição. São Paulo: Contexto, 2010.
- MENEGON, V. S. M. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*; 20, Edição Especial: p.32-40, 2008.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método de criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008 .
- MINAYO, M. C. S. et al. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NASI, L. A. e cols. *Rotinas em pronto-socorro*. 2. ed, Artmed, 2006.
- NOVAES, S. C. Imagem, magia e imaginação: desafios ao texto antropológico. *MANA*, v.14, n.2, p.455-475. 2008.
- O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.22, n.1, p.199-210, 2013.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- XAVIER, C. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte:Escola de Saúde Publica/FUNED, dez.,2006, p.43-55.

A PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS EM GRUPOS DE CONTROLE DO TABAGISMO: UMA REVISÃO DE LITERATURA



Kamila da Silva Pena¹
Cristianne Maria Famer Rocha²

Resumo: *Objetivo:* Analisar a participação dos usuários em grupos de tabagismo, a partir de artigos publicados em bases de dados nacionais e explorar, a partir dos resultados encontrados, a introdução das estratégias relacionadas à Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005). *Metodologia:* trata-se de uma revisão da literatura. A consulta dos artigos realizou-se no SCIELO e os estudos selecionados foram publicados entre os anos 2007 e 2013. *Resultados:* os grupos de cessação do tabagismo são benéficos para os usuários; muitos dos tabagistas que não deixaram de fumar, diminuíram a quantidade de tabaco consumido por dia. Foi encontrada somente uma pesquisa sobre Redução de Danos focada no tratamento de tabagistas.

Palavras-chave: Programas de Controle de tabagismo; Grupos de Tabagismo; Tratamento do Tabagismo.

Introdução

O tabagismo vem sendo considerado, cada vez mais, um problema relevante no âmbito da saúde pública, devido ao consumo precoce e ao número de mortes advindas do uso abusivo da substância. Fraga et al. (2006) descreve que, em países desenvolvidos, 2,4 milhões de indivíduos morrem por doenças relacionadas ao cigarro. O autor ainda refere que, anualmente, o consumo de tabaco provoca aproximadamente 4,9 milhões de óbitos. O incentivo a programas, campanhas e políticas públicas contribuiria para a diminuição desses índices.

A escolha da temática justifica-se pelo interesse em investigar abordagens de cessação que não empregam somente o uso de medicamentos para tratar o tabagista, mas que foquem principalmente na interação e comunicação entre os usuários e os profissionais envolvidos, utilizando alternativas que entusiasmam e contribuam para o fumante parar de fumar.

Este trabalho tem como objetivo analisar a participação dos usuários em grupos de tabagismo, a partir de artigos publicados em bases de dados nacionais, buscando explorar a partir dos resultados encontrados, a utilização, nos grupos de controle do tabagismo, de estratégias relacionadas à Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005). Foi realizada uma revisão de literatura de artigos selecionados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e foram incluídas publicações entre os anos 2007 a 2013.

¹ Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: kamila.nstm@gmail.com

² Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

Sobre o Tabagismo

De acordo com Gomes (2003), se consideramos o número de fumantes, em nível global, e as mortes relacionadas à utilização de tabaco, 8,4 milhões de pessoas irão morrer em 2020 devido a essa dependência e, em 2030, ocorrerão 10 milhões de mortes, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos). Muitas dessas mortes ocorrem devido às mais de 50 enfermidades que o tabagismo pode causar, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), aterosclerose arterial coronariana, acidente vascular cerebral, aneurisma, cirrose hepática, neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mieloide), entre outras (MIRRA et al., 2011).

No Brasil, entre 1986 e 2006, a prevalência do tabagismo decaiu. No ano de 2006, foi constatado, nas principais capitais brasileiras, que há 20% de fumantes homens e 13% de fumantes mulheres, aproximadamente. Os grupos populacionais que mais desfrutam do cigarro são os mais pobres e com menor escolaridade (IGLESIAS et al., 2007).

Estudos advertem, porém, que o consumo de tabaco está aumentando entre as mulheres, em comparação aos homens. Devido a este fato, as instituições e os profissionais de saúde estão tendo uma maior atenção com o público feminino (LOMBARDI et al., 2011). Segundo Borges e Barbosa (2009), 500 mil mulheres vão a óbito por ano em decorrência do tabagismo, fato que se encontra em ascensão em todos os países. As mulheres advindas de países ricos, como Alemanha (30% das mulheres fumantes) e França (39% das mulheres fumantes), apresentam maior prevalência de consumo de tabaco em comparação com países pobres da Ásia e África (abaixo de 10% de mulheres fumantes).

Com o intenso consumo de tabaco no mundo e o crescimento da comercialização desse produto, tornou-se necessária a criação de um tratado internacional para conter a ameaça que o tabagismo gera à saúde pública (BRASIL, 2011b). Esse documento chama-se *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)* e foi adotado pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinado pelo Brasil em 16 de junho de 2003 (BRASIL, 2006). Segundo o texto elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011), o Tratado “articula um grupo de ações baseadas em evidências para responder à globalização da epidemia do tabagismo e reafirmar o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde” (p. 8). Consta nos princípios norteadores do Tratado o direito de toda pessoa ser informada sobre as consequências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. Além disso, destaca-se a importância de um compromisso político firme para estabelecer e apoiar, no âmbito nacional, regional e internacional, medidas multissetoriais integrais e respostas coordenadas (BRASIL, 2006).

O combate ao tabagismo com a criação de programas e políticas iniciou fortemente na década de 1970 no Brasil, devido ao resultado de pesquisas que evidenciavam o grande consumo de tabaco no país. Um dos primeiros estados a pensar em controlar a propagação de usuários do tabaco foi o Rio Grande do Sul, o maior fumicultor do Brasil. Em 1975, surgiram as primeiras ações que almejavam a colaboração entre governo e sociedade civil. No início da década de 1980, foi criado o Programa Estadual de Combate ao Fumo no Rio Grande do Sul (ROMERO; SILVA, 2011).

No país, vigora desde 1989 o *Programa Nacional para o Controle do Tabagismo*, que estrutura suas estratégias e ações visando à articulação entre diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. O Programa é regido pela ótica da Promoção da Saúde e coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer. Entre as diretrizes que permeiam o Programa, destacam-se a construção de um contexto social e político favorável ao controle do tabagismo; equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; redução da aceitação social do tabagismo; redução das barreiras

sociais que dificultam a cessação de fumar; monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente, entre outras (BRASIL, 2011).

A prevalência do tabagismo no Brasil decaiu consideravelmente devido a programas e políticas públicas destinadas ao fumo. A educação e a prevenção também são fatores que contribuíram para queda de fumantes no país (MALTA et al., 2010). Dentre as estratégias utilizadas, a Redução de Danos (RD), através da educação e prevenção, busca auxiliar os usuários tanto de drogas ilícitas quanto de drogas lícitas à redução do seu consumo. Seus métodos fogem da abordagem tradicional de total abstinência que, segundo estudos, são limitadas e sem sucesso (SOUZA; MONTEIRO, 2011). O conceito da RD surgiu em 1926 no Reino Unido (ELIAS; BASTOS, 2011). No Brasil, a RD nasceu na cidade de Santos (SP), em 1989. Na época, os índices elevados de transmissão de HIV estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis. Com a criação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), a RD, que antes pertencia exclusivamente ao campo das políticas de DST/AIDS, passou a ser considerada uma valiosa diretriz à constituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Entre os métodos de tratamento utilizados pelos tabagistas, destaca-se o trabalho em grupo, que é uma realidade no cotidiano das equipes de saúde, principalmente as formadas na atenção básica. Os grupos podem ser encontrados em várias modelagens, podendo ser de trabalho, de treinamento, terapêuticos, entre outros (MACHADO et al., 2007).

Landi Filho et al. (2013, p. 25) descreve a Redução de Danos como “[...] um conjunto de medidas de saúde pública cuja meta é minimizar danos decorrentes do uso ilegal de drogas”. Segundo Fonsêca (2012), a Redução de Danos, atualmente, contempla um arranjo de políticas que buscam evitar problemas eventuais causados pela utilização de drogas. O autor ainda refere que:

“[...] os projetos de redução de danos têm apresentado alguns problemas: em sua maioria continuam a ser desenvolvidos à margem do SUS; permanecem desarticulados com outras instâncias; seu espectro de ação em nosso meio é limitado, encontrando forte tensionamento com outros setores do aparelho estatal, posicionados a favor de uma política antidrogas” (p. 16).

Procedimentos Metodológicos

Foi realizada uma revisão de literatura, utilizando-se os descritores não controlados “programas de controle de tabagismo”, “grupos de tabagismo” e “tratamento do tabagismo”.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada busca de artigos nacionais, em língua portuguesa, publicados na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram incluídas publicações feitas entre os anos 2007 a 2013.

Foram pesquisados artigos que abordam a relação entre os descritores apurados, sendo desconsiderados aqueles que, mesmo aparecendo no resultado da busca, não responderam ao objetivo do trabalho, que é analisar a participação dos usuários em grupos de tabagismo e explorar, a partir dos resultados encontrados, a introdução das estratégias relacionadas à Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005). Publicações completas e gratuitas para o acesso também fizeram parte dos critérios de inclusão para produção deste estudo.

Análise dos Resultados

Ao realizar as buscas na base de dados SCIELO, foram encontrados 180 artigos com o descritor “tratamento do tabagismo” e 154 artigos com o descritor “grupos de tabagismo”. Já com a palavra-chave “programas de controle de tabagismo” foram localizados poucos estudos (apenas 9), o que evidencia a falta de investimento e interesse em pesquisas sobre este tema. Quando

pesquisados em diferentes combinações, os resultados foram expressivamente pequenos para os descritores “Programas de controle de tabagismo + Grupos de tabagismo”, “Programas de controle de tabagismo + Tratamento do tabagismo” e “Programas de controle de tabagismo + Grupos de tabagismo”, que exibiram somente um artigo para cada combinação feita. Com a associação de “Grupos de tabagismo + Tratamento do tabagismo” apareceram 25 textos. Após a leitura dos resumos advindos das palavras-chave escolhidas, foram selecionados cinco artigos, apresentados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Artigos selecionados

	Título do Artigo	Autores	Periódicos	Anos de publicação
1	Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência	Ramos et al.	Ciência & Saúde Coletiva	2009
2	Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário	Russo e Azevedo	J Bras Pneumol	2010
3	Mudança do Comportamento de Fumar em Participantes de Grupos de Tabagismo	Martins e Seidl	Psicologia: Teoria e Pesquisa	2011
4	Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos	Azevedo et al.	Rev Assoc Med Bras	2009
5	Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008	Reichert et al.	J Bras Pneumol	2008

Fonte: Autoria própria, 2013

A seleção dos artigos foi realizada, tal como já indicado anteriormente, com o objetivo de analisar a participação dos usuários em grupos de tabagismo e explorar a introdução das estratégias relacionadas à Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005). Especificamente, buscou-se encontrar pesquisas que relatassem as experiências vividas em grupos de cessação de tabagismo, o perfil dos participantes que aderem a esses grupos, as atividades utilizadas, o que mudou na vida dos usuários que frequentaram esse tipo de tratamento e se a metodologia ofertada pela RD é mencionada/utilizada como alternativa para controlar o hábito de fumar.

Em relação ao ano das publicações, observou-se uma ordem crescente e equilibrada, com apenas dois estudos publicados em um mesmo ano (2009). Os outros se dividiram nos anos de 2008, 2010 e 2011. Entre os cinco artigos selecionados, dois foram publicados no mesmo periódico (*Jornal Brasileiro de Pneumologia*). Os tipos de publicação dos artigos consistiram em três artigos originais, um de revisão e um de relato de experiência.

Todos os artigos analisados citam as possíveis enfermidades que o tabaco pode causar à saúde do usuário. De acordo com Reichert et al. (2008), o tabagista tem maior propensão a desenvolver ou potencializar diversos tipos de câncer (trato gastrointestinal, pâncreas, rim, bexiga e leucemia mieloide), doenças cardiovasculares, doenças intersticiais pulmonares, asma, entre outras.

A motivação em parar de fumar dos participantes que aderem aos grupos de cessação do tabagismo ou seguem outros tipos de tratamento está presente em todos os artigos selecionados. Segundo Russo & Azevedo (2010), a motivação do tabagista sofre alterações com o tempo e o ambiente que está inserido influencia no seu grau de dependência da nicotina. Entre os principais motivos que

levam o tabagista à procura de tratamento, destaca-se o prejuízo à própria saúde e/ou prevenção e pedidos de pessoas que julgam importantes (MARTINS; SEIDL, 2011).

O indivíduo que usufrui do tabaco não é o único prejudicado com as sessenta substâncias cancerígenas que ele apresenta (RUSSO; AZEVEDO, 2010). Seus familiares, amigos e pessoas que fazem parte do seu cotidiano também inalam essas substâncias, caracterizando o fumo passivo. De acordo com Ramos et al. (2009, p. 1503):

O tabagismo passivo caracteriza a exposição ao fumo por não fumantes, envolve aproximadamente 80% da população, aumenta as causas de doenças respiratórias, leva a um risco aumentado de câncer de pulmão e infarto em adultos e de asma, pneumonias e otites em crianças. É a terceira maior causa de morte evitável no mundo. A OMS estima que há cerca de dois bilhões de fumantes passivos no mundo.

O texto de Reichert et al. (2008) também cita o tabagismo passivo, destacando o dado alarmante de que metade das crianças, em todo o mundo, tem contado indireto com o cigarro.

Ramos et al. (2009) e Martins e Seidl (2011) destacaram a importância da utilização, nos grupos de apoio aos tabagistas, do método cognitivo-comportamental. A mescla entre intervenções cognitivas e treinamento em habilidades comportamentais caracteriza este método (MARTINS; SEIDL, 2011). Tanto a abordagem cognitivo-comportamental como outras abordagens complementares devem ser testadas e aprimoradas para garantir a efetividade no tratamento do indivíduo que deseja reduzir o consumo de tabaco (RAMOS et al., 2009). Contudo, qualquer tipo de tratamento não tem bons resultados somente com o emprego da estratégia adequada, necessita profissionais empenhados, capacitados e interessados em trabalhar com este público (RUSSO; AZEVEDO, 2010).

Os estudos que retratam a evolução de grupos terapêuticos para tabagistas mostram que muitos dos participantes que não conseguiram parar totalmente de fumar diminuíram significativamente o consumo de cigarros consumidos por dia. A medicação de apoio contribuiu para a redução gradativa do hábito tabágico e, bem como citado anteriormente, o fator motivacional é de suma importância (RAMOS et al., 2009). Azevedo et al. (2009) relatam em seu artigo que a taxa de cessação do grupo analisado chegou a 79% e a manutenção da cessação, após 25 meses de participações, foi de 62%, taxas relevantes quando comparadas a estudos que abordam o tema.

A associação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos está presente em todos os artigos selecionados. Fumantes diagnosticados com algum sintoma psiquiátrico possuem maior dificuldade de cessar o hábito de fumar e retornam com mais facilidade ao uso do cigarro (AZEVEDO et al., 2009). Indivíduos com patologias psiquiátricas usufruem duas vezes mais de cigarro quando comparados com a população em geral (REICHERT et al., 2008).

Ramos et al. (2009) descrevem a trajetória de um grupo de controle do tabagismo localizado em uma unidade básica de saúde. O planejamento das atividades que iriam compor o grupo ocorreu durante um mês e meio e a divulgação foi feita em grupos de sala de espera, no dia 29 de agosto de 2005 (Dia Nacional de Combate ao Fumo). As reuniões propostas na formulação do grupo que acompanharam aconteciam semanalmente, em caráter individual ou grupal. Além do atendimento grupal, um enfermeiro e um médico clínico estavam disponíveis para consultas individuais, agendadas previamente. Os autores destacam que a motivação foi um fator fundamental para permanência dos participantes nas reuniões e a diminuição do consumo tabágico dos que permaneceram no tratamento até a última reunião foi significativa.

Reichert et al. (2008), Martins e Seidl (2011) e Azevedo et al. (2009) relatam nas suas pesquisas o aumento do número de mulheres consumidoras de tabaco. De acordo com Reichert et al. (2008), há 250 milhões de mulheres tabagistas no mundo, e estimativas indicam que em 2020 esse número irá

dobrar. O óbito prematuro ocorrerá em 200 milhões destas mulheres. Também consta nesse artigo que o metabolismo da nicotina é mais lento no público feminino e a síndrome de abstinência ocorre com mais frequência nas mulheres. Conforme Martins e Seidl (2011), a presença de mulheres nos grupos de cessação de tabagismo analisados é quase o dobro em relação ao número de homens. No estudo de Azevedo et al. (2009), consta que, no grupo de apoio aos tabagistas acompanhado, as mulheres participantes tinham entre 40 e 50 anos, iniciaram a fumar antes dos 15 anos, apresentaram elevadas taxas de comorbidades clínicas e tentaram anteriormente cessar o fumo pelo menos uma vez.

O perfil sociodemográfico dos usuários dos grupos de controle do hábito tabágico foram mencionados como item importante de análise nas conclusões de Martins e Seidl (2011) e Azevedo et al. (2009). Os fatores sociais, econômicos e a escolaridade são importantes ao tratar-se de estudos do tabagismo, revelando informações diretas com os índices de cessação e recaídas (AZEVEDO et al., 2009). Martins e Seidl (2011) relatam que “[...] a prevalência do tabagismo é de uma vez e meia a duas vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação formal, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade” (p. 62).

Na fase de seleção dos estudos, o tema Redução de Danos (RD) foi apontado somente no artigo de revisão *Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008* (REICHERT et al., 2008), que alega que, para muitos fumantes, é muito difícil parar totalmente de fumar e são diversos os motivos que favorecem a não cessação. Alternativas como o uso de tabaco sem fumaça (tabaco mascado umedecido), a redução do número de cigarros fumados diariamente, a utilização de *potential reduced exposure products* (produtos à base de tabaco que pretendem reduzir a exposição das toxinas encontradas no tabaco) estão sendo estudadas como opções para a RD.

Conclusão

Os cinco artigos analisados relataram que o consumo de tabaco é um problema de saúde pública e a criação/perfeição de estratégias para o controle é de suma importância. Também consta nos estudos que a participação nos grupos de apoio para a cessação do tabagismo é benéfica para os fumantes, mesmo que eles não parem de fumar completamente, pois a redução do número de cigarros consumidos diariamente ameniza o desenvolvimento de morbidades associadas ao fumo.

A preocupação com o aumento de tabagistas mulheres adverte que ações focadas para este público devem ser pensadas. Para que estas ações sejam efetivas, tanto para os homens quanto para as mulheres, é necessária a qualificação e o interesse dos profissionais de saúde.

A adesão e permanência nas atividades presentes nos grupos terapêuticos dependem crucialmente do grau de motivação que o fumante apresenta. A motivação pode ser influenciada pela família e amigos do tabagista ou pelo receio em desenvolver alguma enfermidade.

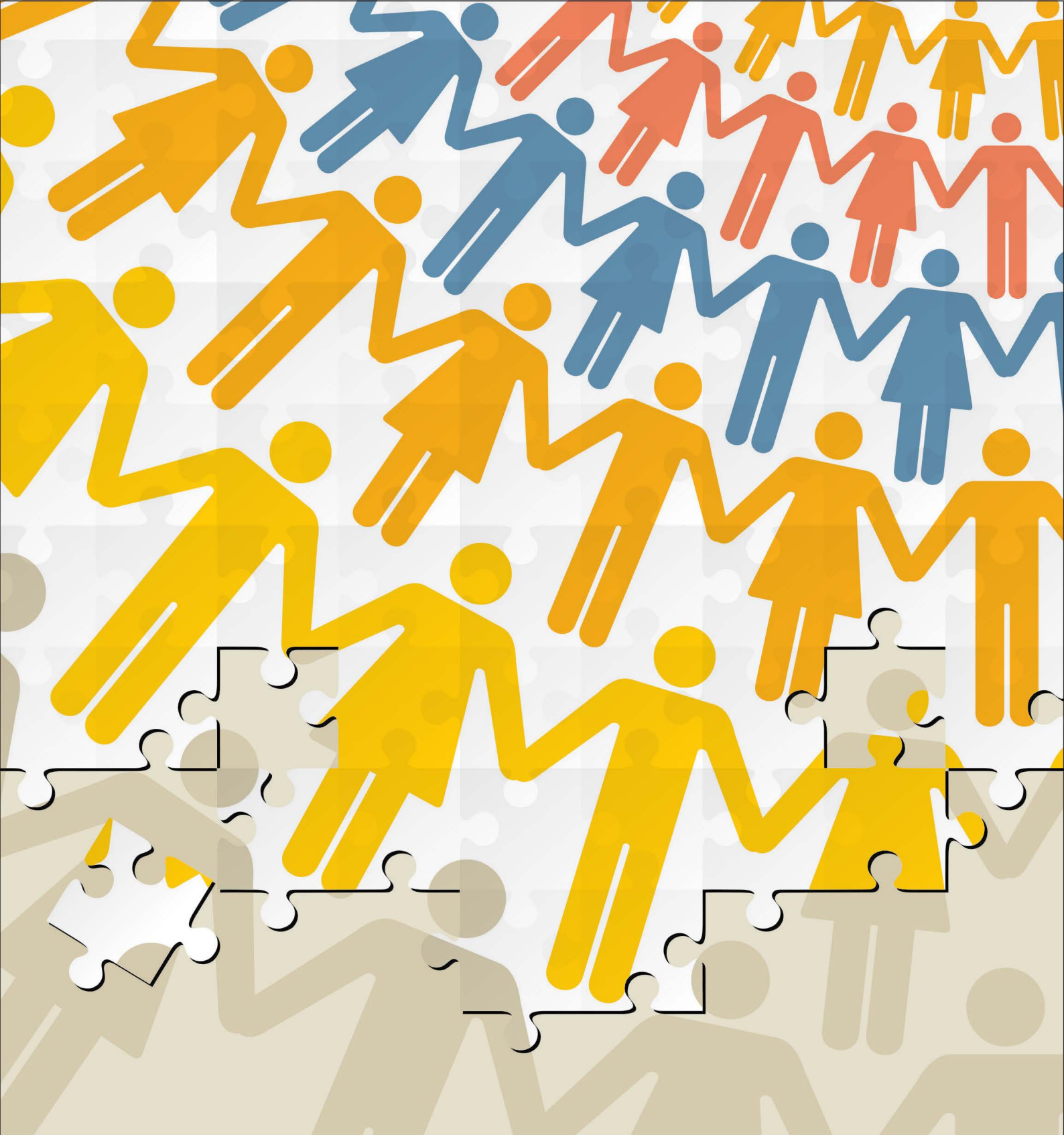
Dentre os artigos analisados, somente um aborda brevemente sobre a Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005), sendo que nele não é divulgada alguma experiência que utilize esta estratégia. A dificuldade em encontrar material sobre a RD em ações de cessação do tabagismo evidencia a carência no emprego de novas formas de tratamento. Os tratamentos atuais visam à suspensão total do consumo de tabaco, que muitas vezes demanda um período de tempo prolongado para se concretizar e o usuário recai com maior facilidade.

O conhecimento e aplicação de novas metodologias e estratégias que visam o tratamento dos tabagistas são importantes para que os serviços de saúde – e, em particular, as unidades básicas de saúde – possam oferecer estratégias de apoio para o controle do tabagismo. Compreender a realidade e necessidades dos usuários é de suma relevância para mantê-los interessados e presentes nas atividades propostas.

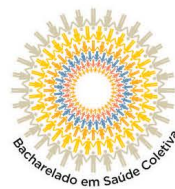
Referências

- AZEVEDO, R. C. S. et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/25.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2013.
- BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol.14 no. 4. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000400019&script=sci_arttext> Acesso em: 06 Fev. 2013.
- BRASIL. DECRETO Nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. *Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003*. Brasília, 2 de janeiro de 2006; 185o da Independência e 118o da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm> Acesso em: 06 Fev. 2013.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *A situação do tabagismo no Brasil*. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro. 2011a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/2A8A9D49-DC47-4A52-87FA-69643A52768B/FinalDownload/wloadId8A798A2812902BC0E27C7D716A8ED7DD/2A8A9D49DC474A5287F69643A52768B/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf>. Acesso em: 15 Fev. 2013
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro. 2011b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/cquadro.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2013.
- 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*. Ministério da Saúde, Brasília. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 17 Out. 2013.
- BRASIL. PORTARIA Nº 1.028, de 1º de julho de 2005. 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. *Diário Oficial da União*, República Federativa do Brasil. 04 abril 2005; Edição Número 126. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2013.
- ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300021>. Acesso em: 16 Out. 2013.
- FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética. *Psicologia & Saberes*, Pernambuco. 2012. Disponível em: <<http://www.fejal.com.br/revista/index.php/psicologia/article/view/42/21>> Acesso em: 08 Nov. 2013.
- FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, Porto, 40 (4): 620-6. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/10.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2012.
- GOMES, F. B. C. *Consequências do Tabagismo para Saúde*. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. 2003. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1569/consequencias_tabagismo_gomes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 Jan. 2013.
- IGLESIAS, R. et al. *Controle do Tabagismo no Brasil*. The World Bank, EUA. 2007. Disponível

- em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2012.
- LANDI FILHO, D. et al. Concepções Diferentes sobre Redução de Danos em Centros De Referência para DST/HIV/AIDS do Distrito Federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Distrito Federal. 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/262/pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2013.
- LOMBARDI, S. E. M. et al. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, São Paulo, vol.37 no.1. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132011000100017>. Acesso em: 06 Fev. 2013.
- MACHADO, V. C.; ALERICO, M. I.; SENA, J. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Redentora. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/9830/6741>>. Acesso em: 16 Out. 2013.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, Brasília, 36 (1): 75-83. 2010. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2010_36_1_13_portugues.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2012.
- MARTINS, K. C.; SEIDL, E. M. F. Mudança do Comportamento de Fumar em Participantes de Grupos de Tabagismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a08v27n1.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2013.
- MIRRA, A. P. et al. Tabagismo. *Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar*, São Paulo. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 15 Jan. 2013.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, Niterói/ Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 17 Out. 2013.
- RAMOS, D.; SOARES, T. S. T.; VIEGAS, K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, Porto Alegre. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a23v14s1.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2013.
- REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, Brasília. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2013.
- ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. C. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 57(3): 305-314. 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_controle_tabaco_brasil_atualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf>. Acesso em: 15 Fev. 2013.
- RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/v36n5a12.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2013.
- SOUZA, K. M.; MONTEIRO, S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300017&lang=pt>. Acesso em: 10 Set. 2013.



REDE GOVERNO



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-66659-24-5



9 788566 659245