

Campanhas de Educação em Saúde e reforço de estigmas

Health Education Campaigns and stigma reinforcement

Regina Figueiredo¹, Letícia de Almeida Lopes Cândido^{II}

Resumo

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

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

Abstract

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

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

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

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

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



Introdução

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

A Educação em Saúde se inicia, assim, com o intuito de conscientizar as pessoas sobre práticas preventivas, embora em seu modelo inicial parta do princípio de que as doenças são decorrentes não apenas do meio externo, mas também da desinformação da população a respeito dessas práticas e de sua consequência na saúde e nas doenças, bem como se opondo às práticas consideradas inadequadas³⁵. Por isso, se constituía inicialmente em “atividades voltadas para a publicação de livros, folhetos, catálogos os quais eram distribuídos em empresas e escolas, porém era ineficiente já que não era capaz de alcançar todas as camadas da sociedade”²¹ (p. 761).

Isso fez com que a Educação em Saúde, conforme comentam Silva e colegas³³, se constituísse, por muito tempo, como uma prática que orientava comportamentos de saúde de uma “prática dominante”, ou seja, visavam “à manutenção da hegemonia da classe dominante” (p.2.540) – no caso, das elites e autoridades da Medicina, legitimadas em políticas estatais desde a Época Moderna. Assim, ao se apresentar como um “saber” que deve ser levado às populações, a Educação em Saúde foi um dos instrumentos que contribuiu para a concretização de uma Política de Saúde do Estado¹².

Carlini-Cotrin e Pinsky⁹, analisando as linhas educativas para a orientação preventiva sobre drogas, identificam seis modelos de discursos utilizados na Educação em Saúde: o de princípio moral, o de amedrontamento, o de conhecimento científico, o de educação afetiva, o de estilo de vida saudável e o de pressão positiva de grupo. O modelo de princípio moral utiliza

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

É importante considerar que todos esses modelos podem, muitas vezes, coexistir conjuntamente nas ações e discursos de saúde. Atualmente, por exemplo, a Educação em Saúde vem se utilizando da orientação de boa saúde, ligando a saúde ao desejo de retardo de doenças e do envelhecimento e a enfatizando como possibilitadora de felicidade¹⁵; esse modelo ganha força na mídia comum¹⁰, fortalecendo a presença da preocupação com a saúde na vida cotidiana não apenas na atenção em saúde dos indivíduos, mas também como foco de promoção ao consumo, inclusive entre pessoas saudáveis e jovens, gerando hábitos de uso de suplemento alimentar, adesão a academias de ginástica, etc. No entanto, esse discurso pode se utilizar de estratégias que se associam ao modelo de pressão positiva,

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

Portanto, conhecer os discursos adotados na Educação em Saúde permite não apenas perceber suas mensagens de saúde, mas, sobretudo, caracterizar sua base ideológica e, logo, seu papel político¹². Por isso, após várias discussões e críticas acerca dos modelos educacionais de saúde com visão de intervenção vertical, durante a década de 1960 em diante, a Educação em Saúde ganhou um viés mais democrático, reconhecendo os conhecimentos leigos da população e criando estratégias mais dialógicas e proporcionais⁵ em sua metodologia de trabalho, produção de materiais e discursos. Passou-se a compreender o fazer saúde como uma troca entre partes, diálogo que objetiva a redução das doenças e a promoção da saúde³⁸. Essa concepção teve como marco de implementação política internacional a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde²³, da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Ottawa, no Canadá em 1986, que definiu o termo “promoção da saúde” como estratégia de “divulgação e informação, educação para a saúde” (p.3).

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

e satisfazer suas necessidades e serem capazes de adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes para tal melhoria, tendo à disposição meios para realizá-la – o que inclui a existência de políticas públicas e ambientes apropriados, sob orientação adequada dos serviços de saúde³⁰.

Desde então, têm surgido novas abordagens da Educação em Saúde, como o “modelo radical”²⁰, que promove a saúde como recurso para uma vida plena, por meio do diálogo e do respeito à autonomia do indivíduo. Embora represente um avanço, no entanto, este modelo não considera as determinações sociais que poderiam afetar os atos e decisões dos sujeitos, ignorando condições que impedem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis³⁵.

Estigma na Educação em Saúde: marginalizantes X marginalizados

Não são poucas as análises que apontam que a Educação em Saúde se posiciona enquanto instrumento de políticas públicas que produziram ou reforçam uma série de estigmas contra doenças ou populações, geralmente segregadas ou marginalizadas socialmente. Fernandes e colegas¹², analisando materiais produzidos pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária da Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo, criada, em 1938, com a finalidade de incentivar a promoção de saúde pelos mais diversos meios (palestras, filmes, livros, etc) e transformada no Serviço de Educação de Saúde Pública, em 1969, realizaram a análise linguística dos conteúdos educativos produzidos entre 1938 e 1953 e de 1941 a 1984.

Para realizar essa análise, Fernandes e colegas¹², utilizaram como base o quadro teórico de Osakabe, que indica a necessidade da análise não apenas do discurso, mas também das condições de produção, e elaboraram um roteiro que

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

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

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

que o locutor faz dos personagens utilizados como exemplos, priorizando o fortalecimento de estigmas, principalmente, quando tratam de doenças já estigmatizantes, na época, como a tuberculose, a hanseníase, as doenças sexualmente transmissíveis e o alcoolismo¹².

Dessa forma, essas autoras¹² mostram que a estigmatização é fortemente utilizada na Educação em Saúde como técnica de persuasão⁵, uma vez que esses materiais tiveram grandes tiragens e reedições e, portanto, são representativos da concepção educativa da década de 1950. Há caracterização de vários doentes como “marginais”, inclusive em temas como doenças sexualmente transmissíveis e alcoolismo. Diferentemente dos referenciais que se utilizam de discursos de vulnerabilidade, indicando a importância de se considerar os aspectos político-programáticos e socioculturais para os comportamentos das pessoas⁶, as autoras apontam que a estigmatização feita pelos locutores desses materiais educativos reforça o caráter da doença ou mal como problema/culpa do indivíduo e de seu “mal” comportamento. Nesse sentido, esses discursos acabam contribuindo para a diferenciação e segregação desses indivíduos dos demais, dos considerados “normais”¹².

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



Imagem do interior do folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, da década de 1950, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo e referido por Fernandes e colegas¹².

Fernandes e colegas¹² chamam a atenção para os aspectos morais enfatizados nessa forma de entender os indivíduos considerados “não-saudáveis” ou doentes, ressaltando que estes não possuem um lugar na ordem social, mas são utilizados como modelos para ensinar aos “outros”, os que querem viver bem, as consequências pessoais e sociais, como “mau-final”, reforçando a ideia de que devem adotar condutas “normais”, as eleitas como harmônicas ao meio social. Essa normatização é típica do discurso interventivo dominante e muito utilizada como estratégia em modelos que não desejam fazer transformações sociais profundas e nem mexer no *status quo* de grupos dominantes.

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

Nessas abordagens, conforme Fernandes e colegas¹², não é incomum se ver que “a doença venérea assume formas e proporções sobrenaturais e fantasmagóricas que ameaçam os jovens

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



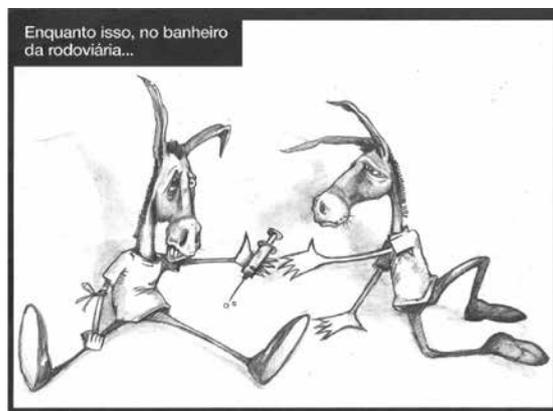
Capa do folheto “O que se deve saber sobre alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas¹².



Interior do Folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas¹².

Nesse sentido, não é a doença ou mal que é alvo da estigmatização, mas um grupo alvo, no caso, as profissionais do sexo e os alcoolistas, que passam a ser vistos como pessoas que têm comportamentos incorretos, desregrados e degradantes¹², transformando-se em pessoas incorretas, degradadas e degradantes e, portanto, foco de uma “higienização” social.

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



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

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

modos de ser e viver, como demonstra Fernandes e colegas¹², nesta campanha que expressa de forma oculta o preconceito social, étnico e/ou racial dos moradores de favelas e cortiços:

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

O grupo de profissionais do sexo, historicamente, foi sempre fortemente associado aos discursos de saúde referente aos cuidados e a prevenção das DST. Enquanto “grupo de risco” e não enquanto vítimas dessas doenças, como demonstram Aquino e colegas⁴, foram sempre apresentadas à sociedade como um grupo perigoso, reafirmando a estigmatização de sua condição marginal, ocultando a sua vulnerabilidade e necessidades que apontam que é um grupo que tem seu atendimento médico comprometido pela própria interferência de todo esse estigma na conduta dos profissionais de saúde que deveriam atendê-las:

“...as doenças venéreas são o resultado de uma conduta sexual irregular, sendo a prostituição a maior fonte de contágio” (Interior do Folheto “Defenda-se das doenças venéreas produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas¹².

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

e teve seus materiais recolhidos por reclamações de setores conservadores da sociedade em geral, debate reproduzido em fortes mídias na ocasião¹¹.



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

Isso demonstra que a mídia comercial aberta tem, no país, não apenas um papel importante na propagação de ideias, mas como agente formador de opinião e crença, podendo servir para apenas gerar debate ou defender posições estigmatizantes ou anti-estigmatização, quando deseja, adotando também discursos de Educação em Saúde¹⁰.

Há casos que esta postura da Educação em Saúde que protagoniza ou elege “sujeitos culpados”, está travestida de discursos de prevenção, ocultando uma estigmatização direta a determinados indivíduos, mas se utilizando de formas de discurso que reportem aos leitores/interlocutores para que não sejam ou não se comportem como tal. Várias campanhas que adotam o modelo de princípio moral, apontado por Carlini-Cotrim e Pinsky⁹, como as campanhas da década do pós-II Guerra Mundial, que se utilizaram de conteúdos patrióticos na Educação em Saúde¹²:

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

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

Fernandes e colegas¹² exemplifica o mesmo recurso no folheto “Defenda-se das Doenças Venéreas”, distribuído no estado de São Paulo na década de 1950:

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

O tom ameaçador, ou a referência de um final com morte, com adoção do modelo de amedrontamento também é recorrente na Educação em Saúde, como apontam Fernandes e colegas¹² no folheto “O que se Deve Saber sobre Alcoolismo”, da Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo e editado na década de 1950:

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

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



Interior do folheto “O que se Deve Saber sobre Alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas¹².

Esse amedrontamento não necessariamente precisa recorrer à ideia de morte, mas pode se utilizar de símbolos de fatalidade socialmente compartilhados, o medo de extradição (no caso de migrantes), ou o medo da prisão, como localizam Fernandes e colegas¹² etc.

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



Capa do folheto “O que se deve saber sobre alcoolismo”, produzido pela Secretaria da Educação e Saúde Pública de São Paulo na década de 1950 e referido por Fernandes e colegas¹².

Essa mesma lógica de coerção de comportamentos pelo modelo de imposição do medo foi utilizada em várias campanhas no início da epidemia de HIV/aids no Brasil, na década de 1990, com jargões que viraram clichês, como apontou Paiva²⁵, como o de “se você não se cuidar, a aids vai te pegar”. Outras peças da mesma época, como a feita em outdoors que reproduziam a frase “Aids Mata”¹³, transmitiram fortemente à população pânico e terror à doença, induzindo, inclusive, a casos de suicídio frente ao diagnóstico de soropositividade para HIV:

“A aids mata sem piedade; não permita que essa seja a última viagem da sua vida” (campanha referida por Morais e Amorim²⁰).

Conforme Morais e Amorim²⁰, esse uso do amedrontamento foi intensivo nas campanhas de prevenção e só começou a ser substituído quando surgiram as referências às relações sexuais de risco, fazendo com que as campanhas de prevenção da aids priorizassem o discurso sobre a importância do sexo seguro, dos comportamentos e situações sexuais de risco e o estímulo ao uso de camisinha.

Se pensarmos hoje, ainda há uso similar da Educação em Saúde que utiliza o modelo de amedrontamento nas obrigatórias mensagens anti-fumo que constam em maços e cartazes de cigarros, “onde são reproduzidas imagens de cunho apelativo que mostram o processo de afinamento e de decomposição do fumante e sua conversão em um cadáver”¹⁶. Também na permanência de discursos, como “Droga Mata”, veiculados constantemente e que se mostram, insuficientes do ponto de vista educacional de prevenção em saúde⁹; além de estar presente fortemente no atual discurso sobre o crack, como demonstrou Petuco²⁶, que corrobora e reforça o equivocado senso comum de que todo usuário dessa droga se torna um “zumbi” desprovido de racionalidade³⁴.

Cabe reforçar que a argumentação por meio da ameaça vem acompanhada de uma lógica repressora, que procura punir deslizes de comportamentos não desejados, atribuindo aos indivíduos que os realizam qualidades morais negativas e marginalizantes e que não são efetivamente ligadas à doença. São modelos de discursos incapazes de se ater a instruções de um locutor que oriente apenas para uma vida saudável¹⁶.

Discussão

De acordo com Goffman¹⁴ e Ronzani e Furtado²⁹, o estigma se caracteriza por algum sinal ou marca que determina a condição desvalorizada de determinado indivíduo com relação às pessoas “normais”. Porém, essa condição desvalorizada não é decorrente do atributo em si, mas sim decorrente de diferentes relações sociais, nas quais estes atributos podem ou não se opor a uma dada “normalidade”, que assume diferentes características em situações distintas.

A estigmatização se origina da crença negativa sobre uma determinada característica (que pode ser física, de caráter, ou decorrente das origens da pessoa) por parte de um grupo. Esta crença influencia determinados comportamentos ou sentimentos para com as pessoas que carregam tal estigma. Esse traço estigmatizante e que, novamente, se configura como tal a depender do contexto, se torna o traço determinante e “rotulante” daquela pessoa ou grupo e obscurece outros traços que seriam normalmente aceitos naquela situação¹⁴. Isso torna o indivíduo alguém de menor valor para a sociedade e leva à marginalização e/ou à exclusão de determinadas situações sociais.

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

problemas de saúde e desagregação total. O indivíduo estigmatizado em um determinado meio ou tema, pode também ter ampliada a sua estigmatização, sendo marginalizado também nos acessos comuns e desfrutados por outros cidadãos, inclusive na saúde, educação, emprego, moradia, etc²⁹.

Apesar das diferentes situações de produção e recepção do discurso dos materiais produzidos para Educação em Saúde descritos, verifica-se que a estigmatização predomina quando há utilização de intenções e linguagens não horizontais dos locutores/autores em sua expressão, intenção e proposta educacional, junto a modelos discursivos de amendrontamento, de reforço positivo ou não. Em diferentes períodos, a relação estabelecida entre os locutores/propositores desses materiais com seus interlocutores/público se demonstra histórica e, ainda, muitas vezes imperativa e de legitimação de um saber específico e científico frente ao não-saber, desconhecimento de leigos¹², imputando aos últimos a falta de capacidade de reflexão e, portanto, de exercer autonomia para realizar boas escolhas com relação a sua saúde. A população, a pessoa a ser educada, portanto, não é vista integralmente como um sujeito de direitos, mas sim alguém que necessita ser persuadido a práticas corretas, alguém que deve obedecer, ou seja, se portar como “paciente”³⁷.

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

Segundo Chauí¹, um evento se institui enquanto violência, quando produz a

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

A estigmatização produzida pelos discursos de saúde nas peças de Educação em Saúde apresentadas, reforça justamente a relação hierárquica, que interfere e anula a subjetividade dos sujeitos alvo ou citados como modelos, marginalizando-os, tal como ocorre em outras situações onde há violência institucional, verificadas em instituições públicas ou privadas, que reforçam discriminações, seja na forma de negligenciar populações, serviços, ou atuar nas relações, de forma abusiva ante a uma população³¹. Ela faz com que “um outro” se sujeite, seja por necessidade ou pela legitimidade social de um poder, onde o outro, ou seu corpo, é visto como “objeto de controle”¹ (p.178).

Alguns autores, como Aquino³, consideram, inclusive, que de um ponto de vista institucional não haveria autoridade sem o emprego de violência e nem violência sem exercício de autoridade, afirmando ser inerente a violência nas práticas institucionais que lidam com o público.

Nesse sentido, são fundamentais propostas de Educação em Saúde discutidas desde os anos 1980, junto às reflexões e processos de redemocratização brasileiro que deram origem ao SUS e, que portanto, defendem avanços nos direitos sociais e políticos desfrutados pelos brasileiros, reduzindo as desigualdades e vulnerabilidades, inclusive de saúde³⁶. Na área de atenção em saúde, as propostas de humanização de atendimento impuseram-se enquanto um “movimento contra a violência institucional na área da saúde”, na medida em que valoriza os sujeitos e propõe a transformação da cultura

institucional por compromissos éticos e coletivos para gerar uma nova forma de atenção à saúde e de gestão dos serviços³².

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

Especificar que riscos de saúde estão correlacionados ao ambiente físico e sociocultural e político das pessoas e não apenas delas mesmas, tal como se considera quando se adota o conceito de vulnerabilidade, auxilia na efetivação de estratégias de Educação em Saúde e comunicação com o público que se façam mais resolutivas e menos verticais, ao mesmo tempo em que indicam estratégias de promoção de cidadania, empoderamento e integração de populações mais vulneráveis ou fragilizadas a tal ou qual mal e doença⁶, desestigmatizando-as. Assim, é possível reorientar ações que, justamente, se oponham a qualquer estigmatização, segregação ou marginalização.

Como apontam Buchele, Coelho e Lindner⁸, reforçando a integração de subgrupos de usuários de drogas como sujeitos de opinião, é fundamental a integração dos direitos dos grupos e populações, considerando sua possibilidade de participação nas decisões e ações de saúde. Essa visão participativa e não estigmatizadora é fundamental em saúde, portanto deveria estar presente em todas as áreas.

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

numa “Educação Popular em Saúde”, como indica Sevalho, citando Oliveira³², onde a Educação em Saúde e toda a área de Saúde pode se aproximar das “condições e experiências de vida” da população e a forma com que se apropriam da realidade, permitindo que considerem a forma que a transformam, ou seja, suas “possibilidades de ação sobre ela”.

Conclusão

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

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

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

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

Referências

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

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