

**BIS**

**Boletim do Instituto de Saúde**  
**Volume 12 - Número 1 - Abril de 2010**  
**ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529**



***Comunicação e Saúde***

# Sumário

• <b>Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças.....</b>	<b>05</b>
<i>Fernando Lefevre, Ana Maria Cavalcanti Lefevre e Regina Figueiredo</i>	
• <b>Teoria da comunicação social do conceito de saúde.....</b>	<b>11</b>
<i>Rodrigo Aparecido Serafim</i>	
• <b>Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem.....</b>	<b>16</b>
<i>Devani Salomão de Moura Reis</i>	
• <b>A comunicação da saúde e o “efeito placebo”.....</b>	<b>22</b>
<i>Isaac Epstein</i>	
• <b>Extensões da divulgação científica e da percepção pública da saúde na formulação de políticas públicas.....</b>	<b>29</b>
<i>Samuel Antenor</i>	
• <b>O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações.....</b>	<b>37</b>
<i>Ausonia Favorido Donato e Ana Luísa Zaniboni Gomes</i>	
• <b>Aprender e praticar saúde – reflexões sobre o novo sanitarista.....</b>	<b>44</b>
<i>Emílio Telesi Júnior</i>	
• <b>Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário.....</b>	<b>49</b>
<i>Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins e Mario Alfredo De Marco</i>	
• <b>O corpo nas ciências sociais.....</b>	<b>55</b>
<i>Maria Elisa Rizzi Cintra e Pedro Paulo Gomes Pereira</i>	
• <b>Cirurgia bariátrica na mídia: o caso da Folha de S. Paulo.....</b>	<b>61</b>
<i>Simone Pallone de Figueiredo e Léa Velho</i>	
• <b>“Puerpericultura” do ventre e do sexo – orientações contraceptivas no início do século XX.....</b>	<b>68</b>
<i>Regina Figueiredo</i>	
• <b>O envelhecimento ativo no SUS: comunicação e produção de (não) sentidos em usuárias idosas de uma UBS.....</b>	<b>74</b>
<i>Tereza Etsuko da Costa Rosa e Giuliana Fregonezi Raia</i>	
• <b>Comunicação: vínculo e exclusão – disparidades dos discursos do corpo e da fala.....</b>	<b>80</b>
<i>Walter Muller</i>	
• <b>Ata-me: entrelinhas na comunicação de adolescentes e jovens.....</b>	<b>84</b>
<i>Maria Helena Santos</i>	
• <b>Comunicação e saúde: por uma política ético-estética.....</b>	<b>88</b>
<i>Marli Fernandes e Mário César da Silva</i>	
• <b>Imersões, reciclagens e singularidades.....</b>	<b>94</b>
<i>Fabiane Borges e Marc Etlin</i>	
• <b>Cidade solo: passos, saúde, cidade.....</b>	<b>99</b>
<i>Belkis Trench</i>	

## **Instituto de Saúde**

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP: 01314-000  
Tel.: (11) 3293-2244  
Fax: (11) 3105-2772  
www.isaude.sp.gov.br

## **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
Luiz Roberto Barradas Barata

## **Instituto de Saúde**

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

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

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

## **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**

**Volume 12 – Nº 1 – Abril 2010**

**ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529**

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor  
Samuel Antenor

Editora convidada  
Belkis Trench

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca  
Carmen Campos Arias Paulenas e Ana Maria da Silva

Capa e ilustrações  
Debora Borba

Revisão  
Julia Codo - MTb 41.993/SP

Tradução  
Massimiliano Caso Baraldi

Projeto gráfico, editoração e impressão  
Estação das Artes - <http://www.estacaodasartes.com.br>

## **Conselho editorial**

Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Belkis Trench – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Carlos Tato Corizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ - Brasil  
José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil  
José Ruben Bonfim – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas-SP - Brasil  
Samuel Antenor – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Tania Keinert – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil  
Tereza Etsuko da C. Rosa – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

\* É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.

\*\* Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



## Editorial

Grande parte das Teorias de Comunicação elaboradas a partir de meados do século XX compreendia a comunicação unicamente como propagação, transmissão ou emissão de mensagem entre um emissor ativo e um receptor passivo. Como contrapartida a esse modelo unidimensional, ao menos duas escolas de pensamento surgiram: a Escola de Frankfurt e a de Palo Alto. Resumidamente, diríamos que a primeira aprofunda as relações entre comunicação e indústria cultural. Já a segunda, utilizando o conceito da pragmática, mostra que as interações sociais intersubjetivas são a base da criação de toda a produção de sentido, e estruturam a vida em sociedade.

Nesta segunda ótica, a Comunicação é um todo integrado e, para explicar melhor essa teoria, é feita uma analogia entre essa forma de comunicação e uma orquestra: vários instrumentos contribuem para compor a melodia ou a sinfonia, mesmo aqueles que, em determinados momentos, se silenciam. Reconhecemos facilmente a influência desta escola em diferentes discursos, tanto naqueles que pensam a comunicação integrada unicamente sob a perspectiva do marketing, quanto em teóricos ou pensadores, como, por exemplo, Pierre Levy, quando discute questões relacionadas à cibercultura, redes de conhecimento etc.

No que diz respeito às relações estabelecidas entre Comunicação e Saúde, poderíamos apontar que se trata de algo mais complexo e mais antigo do que, à primeira vista, podemos supor. Para tanto, basta lembrarmos dos velhos almanaques de medicamentos, das campanhas conduzidas por Oswaldo Cruz para debelar a febre amarela, ou mesmo da época do Estado Novo. Porém, podemos considerar como grande marco para a consolidação desta relação as Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1986 (VIII), 1992 (IX), 1996 (X), 2000 (XI). Ainda que de uma maneira não tão explícita, o Instituto de Saúde desenvolveu, em diferentes momentos de sua trajetória, inúmeros trabalhos que, hoje, poderíamos apontar como estritamente vinculados a essa área de conhecimento, tais como o da Boneca Gertrudes, o projeto Beija-Flor, os diferentes projetos de aleitamento materno e de humanização, sejam de nascimentos e partos ou de serviços, entre outros.

A partir de 2009, com a formalização do Núcleo de Comunicação Técnico-Científica do Instituto de Saúde, a proposta é que essa área de conhecimento seja construída privilegiando, inicialmente, duas vertentes: pesquisa e difusão científica. O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) situa-se nesta segunda perspectiva. Desde sua criação, em 1994, o BIS passou por inúmeras transformações. Criada inicialmente para ser um boletim interno, a publicação ganhou o atual formato em 1999 e foi, consecutivamente, aumentando o número de páginas e se abrindo para um público mais amplo, formado primordialmente por profissionais dos serviços de saúde, mas também por aqueles que atuam em universidades e instituições congêneres, de pesquisa e ensino.

Neste número, intitulado “Comunicação e Saúde”, o BIS dá um novo passo, com a reformulação de seus projetos gráfico e editorial. Assim, a publicação, que passou a integrar, logo na primeira fase, o Portal de Revistas da SES-SP – um projeto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), com a utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas – passa a publicar um número maior de textos com estrutura de artigo científico, escritos, em grande parte, por profissionais de diferentes instituições de ensino e pesquisa, além daqueles que atuam no próprio Instituto de Saúde. Os novos critérios de publicação pretendem melhor qualificar o BIS junto às bases de dados, bem como ampliar sua gama de leitores, formada, essencialmente, por trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa mudança reafirma o papel do BIS de levar a esses trabalhadores um amplo leque de informações de cunho técnico-científico, além de relatos de casos e experiências vivenciados por profissionais que acompanham a evolução desse sistema, há mais de 20 anos. Espera-se, desse modo, contribuir para a renovação de um ciclo de aprimoramento e inovação no qual a grande beneficiada seja a qualidade de vida da população.

Boa leitura.

*Belkis Trench*  
*Samuel Antenor*

# Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças

Fernando Lefevre<sup>I</sup>

Ana Maria Cavalcanti Lefevre<sup>II</sup>

Regina Figueiredo<sup>III</sup>

## Resumo

A comunicação é sempre uma ação que acontece num contexto ou quadro social ou psicossocial, definido, entre outros atributos, por apresentarem um “idioma” de “representações sociais” que os indivíduos acessam para estabelecerem contatos uns com os outros. No campo da Saúde Coletiva, a tarefa de fazer com que os habitantes de determinadas sociedades, coletividades ou grupos contatem e acolham ideias e/ou práticas que permitam avanços no enfrentamento das diversas facetas do adoecer humano é uma busca constante. Neste artigo, procuramos demonstrar como o Discurso do Sujeito Coletivo, como técnica de pesquisa empírica para a recuperação do pensamento de coletividades, permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as diferentes concepções e visões sobre eventos de saúde e doença dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam. Assim, a comunicação em saúde deve trabalhar num contexto de tensão constante entre o semelhante e o diferente, considerando que o comunicador, educador ou promotor de saúde, para entender os indivíduos com os quais interage, precisa ter em mente que eles aderem às representações sociais por instinto gregário, por necessidade de identificação coletiva e por interesses objetivos.

**Palavras-chave:** Discurso; sujeito coletivo; representação social

## Abstract

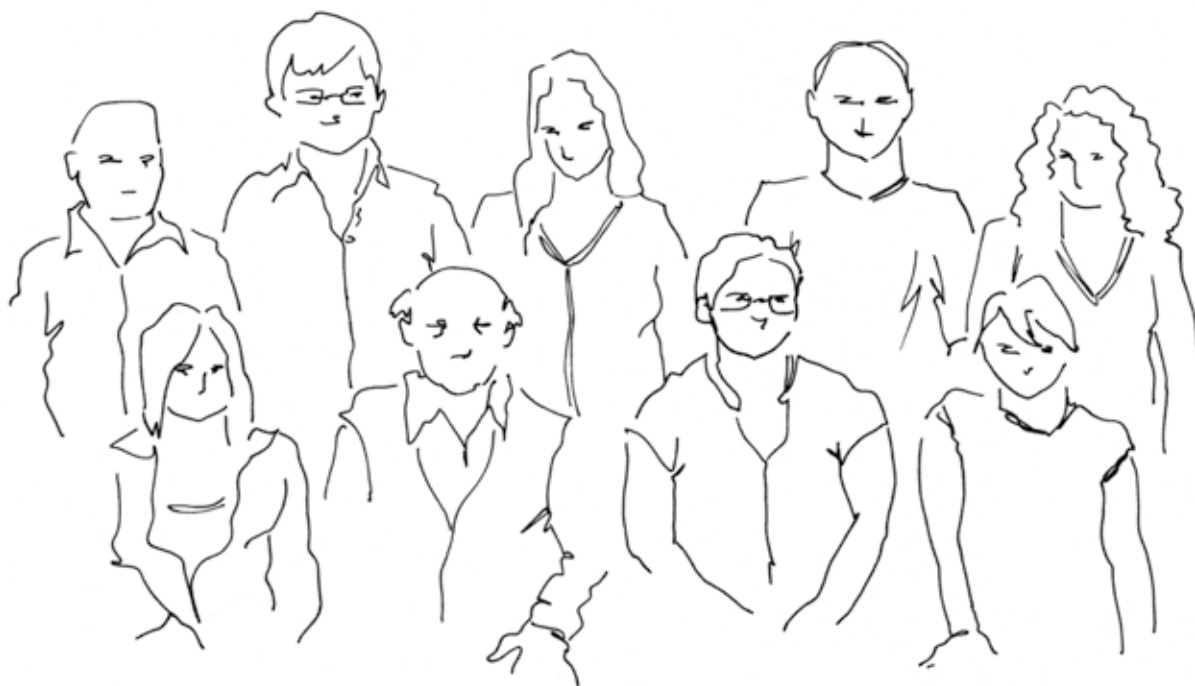
Communication is always an action that occurs within a context or even a social or psychosocial scenario, defined, among other attributes, for presenting a “language” of “social representations” that the individuals access for establishing contact with others. Within the Collective Health field, the task of leading the inhabitants of certain societies, collectivities or groups to contact and shelter ideas and/or practices that leverage progress on the confrontation of the several angles inherent to the human sickening, remains a constant quest. Within this article, we aimed at presenting how the Discourse of the Collective Subject, as a technique of empirical research for the recovery of the collectivities thought, allows enlightening the researched social field, showing the universe of the differences and similarities among the conceptions and perspectives as to health and disease events of the social actors or collective subjects that inhabit thereon. Thus, the communication in health must operate within a context of constant stress between the similar and the different, considering that the communicator, educator or health promoter, in order to understand the individuals who they interact with, should keep in mind that they are linked to the social representations due to gregarious instinct, for the necessity of collective identification and for realistic interests.

**Key-words:** Discourse; collective subject; social representation

<sup>I</sup> Fernando Lefevre (flefevre@usp.br) é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>II</sup> Ana Maria Cavalcanti Lefevre (alefevre@usp.br) é educadora em Saúde Pública, doutora em Saúde Pública e pesquisadora do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

<sup>III</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br) é socióloga, mestre em Antropologia da Saúde e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

A comunicação, como ação específica, pode ser vista de modos diversos, mas uma das maneiras de entendê-la é defini-la em termos de busca de contato nas diversas situações em que estiver havendo troca de mensagens entre sujeitos humanos.

Por isso, pode-se dizer que nem toda troca de mensagens implica comunicação, na medida em que pode ou não ter havido contato na troca. Vamos imaginar que você esteja distribuindo folhetos de venda de apartamento num sinal de trânsito e que o motorista tenha recebido seu folheto, até respondido: “obrigado” para, em seguida, amassá-lo e jogá-lo na rua ou remetê-lo à lixeirinha que mantém dentro de seu automóvel. Neste caso, e em semelhantes, pode-se dizer que não houve “sucesso” na comunicação, ou seja, ela não se estabeleceu.

A comunicação, definida como contato ou contato bem-sucedido, é sempre uma ação que acontece num contexto ou quadro social ou psicossocial; tais contextos se definem, entre outros atributos, por apresentarem um “idioma” de “representações sociais” que os indivíduos acessam para estabelecerem contatos uns com os outros.

Assim, é possível dizer que indivíduos que vivem num mesmo contexto social pensam de modo semelhante porque compartilham das mesmas representações ou de representações diferentes, mas que “conversam” entre si.

É parte do campo da Saúde Pública ou Coletiva a tarefa de fazer com que os habitantes de determinadas sociedades, coletividades e grupos contatem e acolham ideias e/ou práticas que permitam avanços no enfrentamento das diversas facetas do adoecer humano.

Para que isto ocorra é necessário que os portadores desta tarefa conheçam, diretamente, por meio de pesquisas, ou indiretamente, por meio da literatura pertinente, as representações sociais presentes na formação social sobre o adoecimento a ser enfrentado, além das concepções sobre a saúde e sobre o próprio corpo. Sem esse conhecimento, o contato necessário para o sucesso de tal tarefa tende a não se estabelecer.

Ora, conhecer tais representações significa acessar os modos semelhantes e diferentes de ver e dar sentido ao “adoecimento”, presentes numa dada formação social.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>6</sup>, como técnica de pesquisa empírica que tem como objeto a recuperação do pensamento de coletividades, permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as diferentes concepções e visões sobre eventos de saúde e doença dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam.

### Discurso do Sujeito Coletivo, semelhanças e diferenças

Em nossa pesquisa sobre contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) envolvendo o macrocampo

da saúde coletiva e, dentro dele, as políticas públicas de controle da gravidez adolescente<sup>2, 3</sup>, tendo como local de estudo a Zona Sul do município de São Paulo, lançamos mão da abordagem de duas grandes coletividades de atores sociais envolvidas com o tema: jovens de 13 a 20 anos que frequentam serviços públicos de atenção à saúde adolescente e diversos tipos de funcionários destes serviços, que orientam estes adolescentes no manejo de métodos anticoncepcionais.

O modo de ver um determinado problema, momentaneamente no campo da saúde coletiva, é sempre a resultante complexa<sup>5</sup> da atribuição de sentido a tal problema por um conjunto de atores sociais ou sujeitos coletivos envolvidos que o veem de modo diverso, seja porque, como diria Bourdieu<sup>1</sup>, ocupam diferentes posições no campo social pesquisado, seja porque, dentro de seu referido campo de pertencimento, adotam diferentes visões, ou seja, ainda porque, dentro de uma mesma visão, apresentam diferentes matizes.

O DSC filia-se, assim, àquelas correntes do pensamento contemporâneo que valorizam o múltiplo, o complexo, o diferente, mas considera, com o mesmo grau de importância, que este diferente, múltiplo e complexo convive em tensão dialética com o semelhante, com o uno, com o simples.

#### **Diferenças e semelhanças na esfera paradigmática**

O DSC permite mostrar que sempre há diferentes tipos ou categorias de pensamento coletivo entre as populações envolvidas com um determinado tema em uma determinada pesquisa empírica.

Falar em tipos ou categorias significa dizer que diferentes indivíduos pensam de modo semelhante e o DSC, adotando procedimentos de base indutiva sobre um conjunto de depoimentos individuais e selecionando adequadamente os estímulos (as questões abertas), permite identificar e reconstituir tipos, categorias ou diferentes lógicas de pensamento coletivo, bem como dar diferentes nomes a estes diferentes conjuntos de depoimentos, agrupados por semelhança.

Evidentemente, o julgamento de semelhanças e diferenças semânticas entre depoimentos nunca é definitivo e será sempre passível de crítica e revisão, mas isto faz parte da natureza mesma deste tipo de pesquisa e o único modo de controlar tal flutuação é a abertura dos procedimentos e a discussão dos achados entre os pesquisadores.

Mas, se os procedimentos de base empírico-indutiva adotados pelo DSC permitem, tecnicamente, reconstituir modos semelhantes de pensar, tal não se dá apenas pelas virtudes da técnica, mas também porque os indivíduos que vivem nas formações sociais pesquisadas estão submetidos a condições objetivas e a pressões sociais que os levam a pensar de modo semelhante: possuem os mesmos códigos socioculturais, assistem aos mesmos noticiários de televisão, leem os mesmos jornais, estão submetidos às mesmas técnicas de marketing, compartilham dos mesmos interesses de classe ou categoria profissional, etc.

#### **Diferenças e semelhanças na esfera sintagmática**

Os diferentes modos de pensar são diferentes tipos de discursos. Diferentes tipos de discursos têm diferentes “nomes” ou “etiquetas” e todo nome ou etiqueta permite identificar e individualizar algo. Mas, tradicionalmente, a função do nome ou etiqueta para por aí e, portanto, não esgota de modo algum o sentido do pensamento pesquisado: o nome de algo evidentemente não diz tudo sobre ele; compreender o sentido do que quer que seja exige uma exaustiva, ou pelo menos detalhada, descrição dos atributos ou qualidades desta coisa, ou seja, é um discurso sobre a coisa, entendendo-se por discurso um agenciamento coerente de conteúdos e argumentos.

O sentido do pensamento coletivo exige, pois, a presença e a consideração da dimensão discursiva ou sintagmática que, no DSC, reúne e articula os diferentes conteúdos e argumentos que recheiam ou encorpam uma determinada opinião.

#### **Em suma: diferença mais que semelhança, semelhança na diferença e diferença na diferença**

O DSC, como técnica que visa a identificação e descrição de representações sociais presentes em uma dada formação sociocultural a propósito de um determinado tema que se pesquisa, procura recuperar o semelhante e o diverso próprio das representações sociais.

Num sentido muito amplo, todas as representações sociais presentes numa dada formação sociocultural são semelhantes ou têm algo em comum, justamente porque fazem parte de uma formação social (e não de outra); e uma formação sociocultural é um sistema de troca (diálogo, conflito, conciliação, confronto, etc) de ideias, que precisam, para serem trocadas, ter algo em comum.



Mas, da mesma forma, as representações sociais são diferentes e, nas sociedades contemporâneas, muito diferentes, porque tais sociedades são, objetivamente, diferenciadas, complexas, múltiplas, dinâmicas, conflitivas, correspondendo a tais diferenças objetivas – ainda que não mecanicamente – outras tantas diferenças no plano da subjetividade, do sentido, onde as representações se situam.

### Diferença na diferença

Há que considerar agora, como desdobramento deste cotejo de diferenças e semelhanças que envolvem o DSC, um aspecto mais diretamente filosófico ou político envolvido nesta questão.

Nesse sentido filosófico e político, há que considerar que o movimento em direção à diferença deve predominar sobre aquele em direção à semelhança. Isto, na medida em que a mobilização da energia coletiva para a semelhança, sempre presente e muito forte na história humana, pode ser embrutecedora.

Inegavelmente, hoje, nas sociedades contemporâneas, há um fortíssimo movimento no sentido de canalizar todas as diferenças e todo o diferente para o mesmo Mercado, para o mesmo Shopping Center, arena comum onde se pode e se deve comprar e exibir suas diferenças. Isto anula a potencialidade criativa das diferenças, não apenas porque tudo vira consumo, mas também porque as diferenças ou diferentes selecionados, em suma, a moda, é sempre em função dos interesses do mercado e não dos seres humanos.

Por isso, se todos temos que ter algo em comum, que todos sejamos diferentemente diferentes...

### A comunicação em saúde e as semelhanças e diferenças

A comunicação em saúde para os dias de hoje deve, então, trabalhar num contexto de tensão constante entre o semelhante e o diferente. Deve considerar o semelhante na medida em que o comunicador, educador ou promotor de saúde, para entender os indivíduos com os quais interage (numa consulta médica, numa aula, numa palestra, num software educativo), precisa ter em mente que eles aderem às representações sociais por instinto gregário, por necessidade de identificação coletiva, por interesses objetivos, etc.

Precisa tal comunicador considerar, por outro lado, o diferente, na medida em que:

- a) os indivíduos que aderem a uma mesma representação social o fazem com base em conteúdos e argumentos diferentes;
- b) uma dada formação sociocultural é composta por diferentes tipos de representação social e a tendência moderna é nitidamente a diversificação dos modos de ver o mundo e, dentro dele, a saúde e a doença.

### Um exemplo: a pílula do dia seguinte e a necessidade de ouvir o outro

O projeto de pesquisa sobre a pílula do dia seguinte acima mencionado implicou, entre outras atividades, a criação de um programa multimídia denominado Di@Seguinte, elaborado com os resultados da pesquisa, para ser utilizado pelo público jovem e adolescente.

Basicamente, a pesquisa para o projeto consistiu na realização de entrevistas com jovens de 13 a 20 anos, de ambos os sexos, residentes na zona sul do município de São Paulo, que frequentavam o atendimento de saúde para adolescentes na rede pública.

Estes jovens responderam a um conjunto de sete questões, sendo que seis delas consistiam em pequenas histórias ou “casos” em que eram relatadas situações que envolviam caracteristicamente o uso da contracepção de emergência; ao final de cada caso, era pedido que os jovens se manifestassem. Na sétima questão solicitava-se que eles respondessem à pergunta “para que serve a pílula do dia seguinte?”.

Esse levantamento foi transformado em um programa multimídia que apresenta, sob a forma de história em quadrinhos, cada um dos casos discutidos; em seguida, relata as opiniões a que chegaram os jovens na pesquisa, sob a forma de DSCs, fazendo com que o usuário do software escolha entre uma delas. Feita a opção, o usuário é confrontado com a opinião de *experts*, que comentam os vários aspectos envolvidos naquela determinada opinião.

Para a implementação das orientações técnicas do programa, a coordenação do projeto constituiu uma equipe de *experts* composta, além da coordenação, por dois psicólogos com experiência no trato com jovens, um cientista social especializado na problemática da contracepção de emergência, dois médicos especialistas no tema e um profissional de saúde com experiência no atendimento de saúde de jovens. O trabalho deste grupo foi complexo e consistiu de dois momentos: num

primeiro, uma subequipe de dois *experts* analisava um grupo de respostas dadas pelos adolescentes e emitia seu parecer; num segundo momento, o grupo todo comentava os pareceres e emitia-se um parecer final. Foi um trabalho detalhado que consumiu muitos dias de intensas e ricas discussões.

O que interessa assinalar aqui, do ponto de vista do processo comunicativo, é a relação que acabou sendo construída, ao longo do processo, entre os membros da equipe de *experts* e entre a equipe do projeto como um todo e o pensamento da coletividade de jovens entrevistada na pesquisa.

Do ponto de vista que aqui nos ocupa – relativo aos problemas da semelhança, da diferença e das representações sociais no contexto dos processos comunicativos em saúde – vale destacar alguns interessantes pontos:

### A. Diferenças entre os *experts*

Foi necessária a prática sistemática do diálogo no interior da equipe, basicamente entre a perspectiva dos psicólogos e a dos médicos, para que o grupo de *experts* pudesse responder aos depoimentos coletivos dos jovens presentes na pesquisa, de modo que estabelecesse uma ponte entre a visão técnica e a do público leigo, configurando um diálogo entre a lógica sanitária e a lógica do senso comum<sup>7</sup>.

O esforço de diálogo foi necessário uma vez que a tendência espontânea dos médicos e dos técnicos no grupo de *experts* era a de apresentar a perspectiva técnica de modo impositivo, anulando-se, assim, toda a dialogicidade pedagógica. Assim, graças ao intenso diálogo entre a perspectiva médica, a psicológica e a social, conseguiu-se um posicionamento do grupo que, sem deixar de colocar a perspectiva técnica, conseguiu estabelecer contato com os depoimentos dos jovens, de modo a aumentar as chances do pensamento dos *experts* estar mais próximo e ser considerado pelos futuros usuários do programa multimídia.

### B. Diferenças entre o pensamento técnico e o leigo

Uma das maiores dificuldades para o estabelecimento de um contato comunicativo frutífero no campo da saúde está na incompreensão presente nas duas posições ideológicas extremas existentes no campo, seja a que considera apenas o lado técnico da questão, da qual decorre a ideia de que o único problema comunicativo é o do “compliance” ou adesão à recomendação médica,

seja a posição da assim chamada “educação popular”, que desbalança a equação comunicativa para o lado do chamado “sujeito oprimido”, portador da “cultura popular”. Ora, a manterem-se tais posições, fica-se no “diálogo de surdos”, não se conseguindo avanço maior.

A posição mais adequada parece-nos ser a de Paulo Freire<sup>4</sup>, que vê a educação como algo que deva ser um diálogo ou conflito entre diferentes, mas não desiguais sujeitos.

No quadro do presente trabalho, tal problemática se fez presente quando houve necessidade do grupo de *experts* enfrentar opiniões do conjunto de jovens entrevistados que, em muitos casos, por exemplo, considerava, erroneamente, a contracepção de emergência como um método abortivo.

Ora, para entrar em contato com estas opiniões, foi necessário (e para isso o Discurso do Sujeito Coletivo, com o detalhamento descritivo de opiniões que ele proporciona, foi um instrumento especialmente útil) esmiuçar a opinião e perceber que, ao lado do *a priori* ideológico nelas expressos, existia a ignorância ou a falta de informação dos jovens sobre a “janela” existente entre o ato sexual e a fecundação, espaço e tempo em que atua a contracepção de emergência.

As representações sociais não são fáceis de serem enfrentadas, são o “diferente do outro”, construções sólidas, “blocos ideológicos” e, como tal, precisam ser consideradas; mas, por outro lado, apresentam um lado frágil ligado ao fato de que são muitas vezes fundamentadas em dados ou informações equivocados e facilmente desmentíveis, o que permite “perfurar a sua carcaça”. Foi esta a estratégia adotada na pesquisa para buscar perfurar algumas resistências ao entendimento da contracepção de emergência.

### Considerações finais

A comunicação em saúde pode ser vista como uma relação de troca de ideias ou mensagens que, quando bem sucedida, promove um contato entre o pensamento sanitário e o pensamento do senso comum, afetando ambos e fazendo avançar a consciência coletiva sobre as questões de saúde e doença em uma dada formação sociocultural. Para que isso ocorra, é preciso considerar as representações sociais sobre saúde e doença existentes nas formações socioculturais, ou seja, o sistema de ideias que constitui o modo de pensar saúde e doença próprio do grupo ao qual o(s) indivíduo(s) pertence(m).

Nesta tarefa, o método do Discurso do Sujeito Coletivo e a tecnologia a ele vinculada têm se revelado instrumental de utilidade, capaz de reconstituir as diferenças e semelhanças no modo de ver saúde e doença em determinado contexto sociocultural.

Para que o panorama da saúde coletiva de uma dada sociedade evolua, é condição necessária um eficiente e eficaz sistema comunicativo; mas, é claro, a melhor comunicação do mundo não é suficiente para a evolução de tal panorama. Para isso, são necessárias condições situadas no chamado plano material da vida social (trabalho, emprego, habitação, etc). Isto não impede, contudo, que sejam desenvolvidos projetos, programas e intervenções no plano estritamente comunicativo.

Nesse sentido, o presente artigo buscou apresentar alguns elementos de contribuição para o incremento da eficiência e eficácia das ações neste plano comunicativo.

### Referências

1. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2006.
4. Freire P. Extensão ou comunicação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1972.
5. Lefevre F. Vigilância sanitária e comunicação empoderadora. In: Vigilância Sanitária, Textos e Contextos Cecovisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2004.
6. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos. Brasília: Liberlivro; 2005.
7. Lefevre F, Lefevre AMC, Ignarra RM. O conhecimento de intersecção: uma nova proposta para as relações entre academia e sociedade. São Paulo: FSP/IPDSC; 2007.

# Teoria da comunicação social do conceito de saúde

Rodrigo Aparecido Serafim<sup>1</sup>

## Resumo

As ciências biomédicas não são neutras em termos valorativos. Isso não prejudica sua objetividade, mas, requer um maior cuidado na forma de comunicação de seus valores, de modo que o senso comum não se oriente mal perante a falta de informações em relação ao dever-ser da saúde. Os valores biomédicos envolvem o respeito à vida e não devem jamais servir como orientação discriminatória para fins políticos, trabalhistas ou sociais. Sua comunicação social tem como principal objetivo ampliar a consciência dos cidadãos a partir de parâmetros amplos de orientação de seu próprio bem-estar e dos demais.

**Palavras-chave:** Comunicação social; conceito de saúde; valores

## Abstract

The biomedical sciences are not neutral in evaluative terms. This does not affect their objectivity, but requires greater care in the form of communication of their values, so that common sense wouldn't be badly oriented because of the lack of information in relation to the "ought-to-be" of health. Biomedical values involve respect for life and should never serve as a discriminatory orientation for political, labor or social purposes. Their social communication has as its main goal to expand citizens' awareness by broad parameters of guidance about their own well-being and that of the others.

**Key-words:** Social communication; health's concept; values

---

<sup>1</sup> Rodrigo Aparecido Serafim (rodrigoaparecidoserafim@yahoo.com.br) é formado em filosofia na Universidade Federal de Uberlândia e possui mestrado na área de filosofia ética, pela Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand (França).



**A**s definições de doença e saúde constituem a base sobre a qual se fundamenta certos direitos básicos relativos ao acesso do cidadão às diversas instituições de cuidado médico. É a partir da orientação dessas definições que o sistema de saúde nacional deve delinear seus princípios, de modo a determinar claramente as formas de proteção, anti-discriminatórias, daqueles indivíduos cuja incapacidade física ou mental é impossibilitadora do exercício de uma ou mais das principais atividades vitais. Toda comunicação na área da saúde, desde as anotações dos médicos e seus diagnósticos, até a apresentação de professores nas faculdades biomédicas, passando pela participação inter-comunicativa de empregados nas áreas hospitalares ou ainda pelas questões legais referentes aos direitos no âmbito da saúde, pauta-se sobretudo em um entendimento simples e ao mesmo tempo complexo do que é ou do que significa o “ser saudável”.

Uma compreensão mais profunda a respeito das implicações sociais relativas a termos como “limitações físicas e mentais”, “atividades vitais”, “saúde” e “doença”, é de fundamental importância para um embasamento das ações políticas e comunicacionais na área de biomédicas. Isso acaba tendo uma implicação direta na forma pela qual os profissionais da área da saúde entendem e tratam de problemas relacionados à proteção ética dos direitos individuais e da própria justiça

social, no que concerne o bem-estar coletivo em termos físicos e mentais. Saber determinar e comunicar exata e compreensivelmente o que significa estar ou ser uma pessoa saudável é uma habilidade imprescindível em qualquer procedimento médico, na medida em que contribui para o entendimento geral das metas do cuidado com a saúde, permitindo, assim, que profissionais e pacientes possam agir de uma forma mais confiante e responsável. Trata-se, portanto, de um processo de conscientização, gradativa, mas crescente, da população como um todo, relativamente à necessidade de explicitação comunicativa do próprio conceito de saúde.

Não bastam mais, portanto, aquelas simples e corriqueiras intuições, tão próprias ao senso comum, sobre o que seria saudável ou pernicioso. Cabe aos profissionais da saúde analisar, elaborar e tornar acessível, em termos comunicacionais, um conceito de saúde que agregue maior esclarecimento às diversas classes sociais, sem, contudo, almejar a criação de algo inteiramente novo ou mesmo de algo que venha a ser contraditório aos parâmetros gerais até então postulados e apenas superficialmente conhecidos da maioria dos cidadãos. Essa verdadeira teoria da saúde tem implicações positivas em relação a todo o sistema de cuidados biomédicos, uma vez que serve para gerar um amplo consenso em relação aos diversos procedimentos dos profissionais da saúde, seja quanto aos objetivos de

diagnóstico ou de opções de tratamento, seja quanto às questões de comunicação direta com os pacientes, os quais, por sua vez, acabam respondendo melhor às demandas médicas, na medida em que se sentem mais confiantes e conscientizados quanto aos objetivos de proteção do sistema de saúde em que estão inseridos.

Contudo, o principal ponto a ser destacado em uma tal concepção teórica da comunicação social do conceito de saúde é aquele que se refere à sua relação com os valores, isto é, o problema do contato entre uma abordagem científica de certos fatos (estados e condições físicas ou mentais objetivas) e a normatividade (certo ou errado, bom ou ruim) que lhes são atribuídos, a título valorativo, enquanto propriedade desejável ou não da saúde. Não se parte simplesmente da descrição, adequação ou diagnóstico mecânico e objetivo dos estados físicos ou mentais, mas sim da valoração desses mesmos fatos.

Critica-se aqui, portanto, a falta de objetividade ou mesmo a relatividade de uma tal concepção, na medida em que transcende a frieza científica dos médicos, ainda que em busca de uma comunicabilidade social capaz de instaurar uma consciência valorativa da saúde. É necessário reconhecer, não obstante, que a valoração pode ser, ela mesma, prejudicial, quando mal utilizada. Por exemplo, é o caso da mistificação da doença mental, que se transformou, segundo Szasz<sup>5</sup>, em um verdadeiro “mito da moderna civilização ocidental”. É comum, por um lado, abordar-se as patologias mentais a partir de termos meramente psicossociais ou mesmo éticos (bom ou mau, certo ou errado, desejável ou lamentável), mas, por outro lado, sabe-se que o seu remédio é de natureza estritamente médica, sendo estranho, portanto, a qualquer valoração ética.

A tradição histórica das ciências aponta para uma busca da mais pura objetividade dos conhecimentos científicos, em inteira oposição à característica passional e subjetiva da relatividade dos valores, costumes e pré-conceitos sociais ou individuais. Pode-se falar em cultivo de um suposto processo de decantação da verdade a partir do que é dado ao homem conhecer, seja pelos seus sentidos, de um modo empírico, seja pelo seu intelecto, de uma maneira racional. No entanto, depreende-se daqui que a comunicação desse tipo de conhecimento se dá tão-somente por meios descritivos, precisos e concisos, como uma fórmula matemática, neutra e opaca, com toda a sua veracidade. Na forma

de comunicação científica, não há juízos, mas simplesmente constatações factuais, deduções ou induções lógicas, raciocínios e descrições objetivas. Trata-se de descobrir ou de conhecer as coisas tal qual elas são de fato, sem pensar, de início, em como elas deveriam ser. O dever-ser de uma coisa pressupõe a existência de um juízo de valor (uma subjetividade, portanto), já que seria preciso imaginá-la de uma maneira diferente da que realmente ela é, de modo a se buscar, assim, uma intervenção e uma mudança, conforme o que se acredita ser melhor ou mais desejável. O problema é que, para os cientistas, os valores éticos e os juízos estéticos tem um fundamento subjetivo e não possuem, principalmente para os empiristas, qualquer significado cognitivo, uma vez que não podem ser verificados pela experiência objetiva. Essa concepção de ciência, *stricto sensu*, exclui todo tipo de valoração dos conhecimentos que pretendem ser verdadeiramente objetivos.

Aceitá-la, incondicionalmente, significaria o banimento, do seu *ranking*, de qualquer posição normativista de saúde. Contudo, devem-se diferenciar as ciências biomédicas das ciências puramente materiais (física e química, por exemplo); antes de mais nada, em função da distinção entre seus objetos de conhecimento. É inegável o fato de que o estudo dos organismos vivos impõe a necessidade de uma abordagem inteiramente específica, que decorre da complexidade de suas diversas formas ou condições funcionais da manifestação vital. Não há “estados” de vida estritamente necessários ou definitivos, em relação aos quais a funcionalidade orgânica deve, irremediavelmente, se conformar (100%). O conceito de “normalidade” é variável e depende de uma série de particularidades inerentes a cada indivíduo (inclusive de suas condições de bem-estar pessoais).

Nesse sentido, deve-se afirmar, sim, que as ciências biomédicas envolvem um alto grau de normatividade ou de valoração ética, em que os fatos devem, antes, se adequar aos princípios de um dever-ser funcional e não o inverso. Elas merecem ser encaradas como ciências interventivas, que partem de um pressuposto de bem-estar, de preferências e de estados considerados desejáveis ou saudáveis, em repúdio ao doentio. A questão central, entretanto, encontra-se na determinação, que é, por si só, incerta e variável, dos valores a serem perseguidos ou prescritos. Não se pode gerar uma limitação valorativa que vai contra a própria natureza da vida, e é justamente essa compreensão ou conscientização

mais ampla, que reverencia a complexidade vital, que tem de orientar uma comunicação social sobre a concepção teórica da saúde.

A tendência natural ou instintiva de um sujeito com um problema de saúde, ou de qualquer um que se põe no seu lugar, é a de associar esse fato com um mal indesejável que lhe aflige e lhe impede de realizar as principais atividades de sua vida. Está, então, formado um juízo de valor que se refere, para o paciente, ao não desempenho desejável de um determinado órgão funcional (seus parâmetros vão desde o seu estado anterior, até a opinião correntemente aceita). Esse juízo do paciente é comunicado ao médico, na forma de queixas, dores, mal-estar e até mesmo revolta ou incompreensão. O paciente não entende, nem é esperado que o faça, que seu corpo é uma matéria orgânica sujeita às forças naturais, mas que, em decorrência de sua complexidade (em outras ocasiões, causa de muita soberba), o fato físico, que afeta a funcionalidade de algum de seus órgãos, acaba lhe gerando um desconforto pessoal ou mesmo social. O que ele sabe é que “está doendo”, “está ruim”, “não estou bem”, “assim não dá”, “não está certo”, “minha vizinha me falou que isso mata”. Essas são asserções que passam informações sobre a relação do paciente com as partes de seu corpo que não estão desempenhando bem suas funções (seja como ele o espera, seja como ele o vê nos outros).

A funcionalidade vital dos órgãos, no entanto, é completamente indiferente às finalidades conscientes e subjetivas do paciente, pois os órgãos de um ser vivo respeita uma “teleologia” própria. Enquanto partes de um todo, as funções específicas podem ou não contribuir para a manutenção da vida. Seria como se comparar um organismo vivo, com seus diversos órgãos, a um equipamento, composto de várias peças interconectadas: todas funcionam em conjunto, mas cada uma com a sua função específica interna, e todas voltadas para o desempenho de uma finalidade externa. A grande particularidade da vida, contudo, é a sua autonomia. Enquanto as ferramentas ou artefatos funcionais são construídos ou projetados com vista à realização de uma atividade específica previamente determinada, para cuja execução basta que se siga as normas de operação, claramente especificadas em um manual de instrução ou passíveis de serem aprendidas na prática, a funcionalidade vital, por sua vez,

ainda que seja usada por muitos, em decorrência de sua complexidade, como um argumento de prova da existência divina, não dá acesso imediato à finalidade ou intenção prévia, segundo a qual ela foi “projetada”. Ainda que a ciência possa usar de uma comunicação rigorosa e estritamente objetiva, descrevendo os fatos biomédicos a partir de seus elementos físicos, químicos, genéticos, psicológicos ou ambientais, a funcionalidade vital não seguirá, simplesmente, os parâmetros ou generalizações das condições biológicas explicitadas a partir desses elementos inorgânicos. É aqui que entra novamente o papel da normatividade ou da valorização do conceito de saúde. Não obstante, o ponto nevrálgico do problema centra-se na possibilidade de se estabelecer e de se comunicar com objetividade, evitando as arbitrariedades do senso comum, os valores prescritivos da saúde. Segundo Thomas Szasz, “as doenças orgânicas, convencionalmente definidas, são indesejáveis desvios das normas biológicas objetivamente identificáveis”<sup>5</sup> (p. 132).

Sem cair no extremo de admitir essa tese, que, certamente, desconsidera as diversas variações das formas de manifestação vital, atribuindo-lhes uma estabilidade ou rigidez descondizente com as inúmeras vias de evolução da vida, é preciso que se busque a determinação, pelo menos, de um consenso quanto a uma concepção de saúde, comunicável socialmente, que seja capaz de gerar valores mais abrangentes em relação à aceitação e à compreensão dos diversos estados físicos relacionados à saúde e de suas vinculações com as várias atividades vitais. Tais valores sobre o que é desejável (bom, certo, ideal) não devem partilhar da imutabilidade de uma propriedade inerente a um objeto, mas, antes, deve se adequar à complexidade funcional de um organismo vivo. Haja vista que “um valor anormal de uma função particular pode ser compensado por um valor supernormal de uma função vizinha, com o mesmo resultado final”<sup>1</sup> (p. 279).

Concluindo, é preciso, portanto, afirmar que as ciências biomédicas não são neutras em termos valorativos, como pretendem ser as ciências materiais e as exatas. Isso não prejudica, entretanto, a sua objetividade, mas requer um maior cuidado na forma de comunicação de seus valores, de modo que o senso comum não se veja prejudicado perante a falta de informações acessíveis e palatáveis em relação ao dever-ser da saúde. Esses valores biomédicos não podem estar

sujeitos à discricionariedade da *dóxa*, uma vez que se trata de normas que envolvem o respeito à vida e não devem jamais servir como orientação discriminatória para fins políticos, trabalhistas ou sociais quaisquer. Sua comunicação social tem por escopo unicamente ampliar a consciência dos cidadãos sobre os seus direitos e deveres num âmbito que envolve parâmetros amplos de orientação, referentes ao seu próprio dever ser saudável, bem como ao dos demais.

#### Referências

1. Nordenfelt L. The Nature of Vital Goals. *Health Care Analysis*. 2009; 1(17): 92-94.
2. Nordenfelt L. *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot: Avebury; 1993.
3. Richman KA. *Ethics and the Metaphysics of Medicine: Reflections on Health and Beneficence*. Cambridge (Massachusetts): MIT Press; 2004.
4. Richman KA. Health of Organisms and Health of Persons. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000 Aug; 21(4):339-354.
5. Szasz T. The Myth of Mental Illness: Past & Future. Lecture by Thomas Szasz. November 21; 2002.



# Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem

Devani Salomão de Moura Reis<sup>1</sup>

## Resumo

A comunicação interpessoal é um padrão de interação que define a relação e liga as pessoas umas às outras.

A comunicação não é tanto algo que nós fazemos, mas mais algo em que participamos. Um comunicador individual contribui para a interação. Em conjunto, dois ou mais indivíduos podem criar um padrão de interação e, desta maneira, definem a sua relação. É importante que cada participante na comunicação seja capaz de se adaptar à outra pessoa, ao contexto e ao tipo particular de relação em que está envolvido. Contextos de comunicação podem ser considerados, em muitas e variadas formas, como a) grandes áreas definindo o campo da comunicação (comunicação interpessoal, comunicação pública), b) as configurações sociais e institucionais (escolas, prisões, entre outras), c) os tipos de relações e os papéis (trabalho, social e familiar), d) objetos ou características do ambiente e e) mensagens variáveis (os estilos de linguagem afetam a exposição anterior e posterior ao texto). Portanto, contexto pode englobar perspectivas psicológicas, comportamentais e ambientais. O estudo da comunicação interpessoal tem reconhecido a importância do relacionamento recíproco entre pensamento e comportamento manifestado. O trabalho nesta área pode ser subdividido em duas categorias: compreensão das relações de cognição sociais e comportamento social, e a concepção da formação e organização da cognição social.

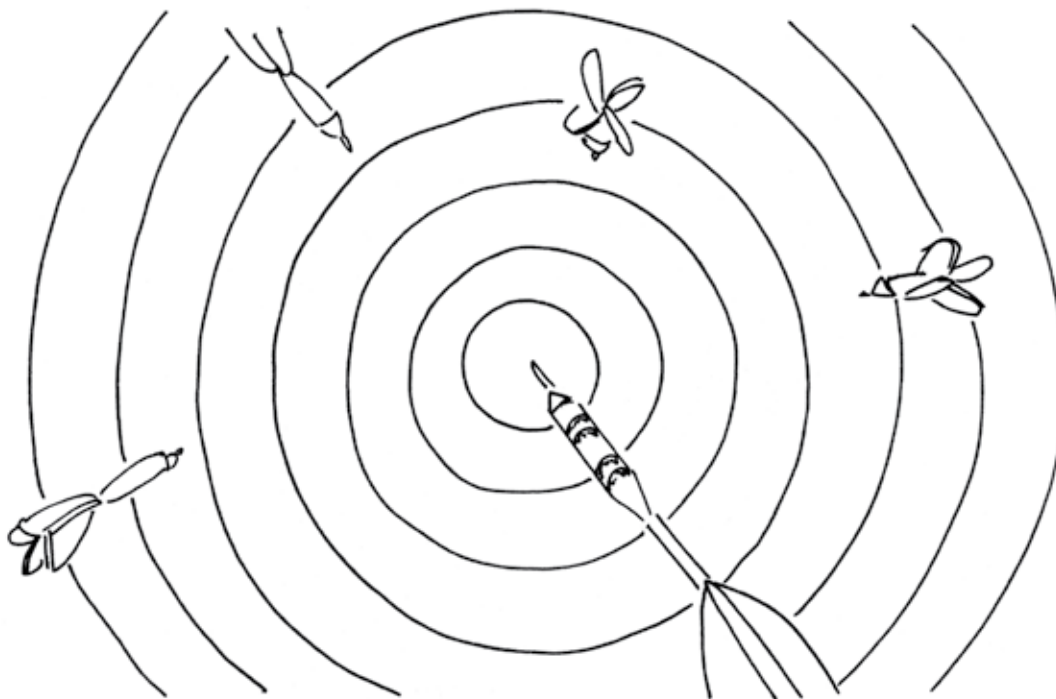
**Palavras-chave:** Comunicação interpessoal; contextos de comunicação; cognição social

## Abstract

Interpersonal communication is an interaction standard that defines the relation connecting people one another. Communication is not that much what we do, but what we take part in. An individual communicator contributes for the interaction. Along, two or more individuals can create an interaction standard and, thus, define their relation. It is important that each participant in the communication can be able to adapt to the other person, to the context and to the singular type of relation it is involved in. Communication contexts can be considered, in several and varied ways, such as a) great areas defining the communication field (interpersonal communication, public communication), b) the social and institutional configurations (schools, prisons, among others), c) the types of relations and the roles (work, social and familiar), d) objects or features of an environment and e) variable messages (the language styles affect the previous and subsequent exposure to the text). Therefore, context might comprise the psychological, behavioral and environmental perspectives. The study of the interpersonal communication has been recognizing the importance of the reciprocal relation between thought and manifested behavior. The work in this area might be subdivided into two categories: comprehension of the social cognition relations and the social behavior, and the conception of the shaping and arrangement of the social cognition.

**Key-words:** Interpersonal communication; communication contexts; social cognition

<sup>1</sup> Devani Salomão de Moura Reis (devani.salomao@gmail.com) é jornalista, especialista em Docência em Ensino Superior, mestre e doutora em Relações Públicas pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). É Consultora de Comunicação Social da Associação Médica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual e editora do jornal da Associação. Atua principalmente nos seguintes temas: Comunicação Pública, Comunicação para o Idoso, Serviços de Saúde Públicos, Produção de material comunicativo e Análise de conteúdo.



O Brasil apresentou, nas últimas décadas, transformações socioeconômicas, assim como no perfil de saúde de sua população<sup>1, 6, 7</sup>. A concentração da riqueza e o aumento da pobreza e da conseqüente exclusão entre regiões e classes sociais nos territórios aparentemente homogêneos vêm sendo apontados como características predominantes do desenvolvimento socioeconômico nacional.

No campo da saúde verifica-se o que os estudiosos denominam de transição epidemiológica polarizada, na qual diferentes segmentos socioeconômicos e territórios apresentam perfis epidemiológicos substancialmente diferentes e contraditórios. Processos contratransicionais, como os episódios de ressurgimento da dengue e da influenza H1N1, agregam dimensões dramáticas à complexa situação sócio-sanitária que vive o País.

As transformações econômico-sociais, demográficas e epidemiológicas colocam importantes desafios para os sistemas de saúde<sup>5</sup>. As tendências permitem prognosticar que o sistema de saúde brasileiro deverá enfrentar nos próximos anos uma população crescente de idosos e doentes crônicos, com patologias que até o momento são combatidas com tecnologias de alto custo e recursos humanos muito especializados. Ademais, é presumível que se incrementem os padecimentos derivados dos problemas ambientais, das farmacodependências e, em geral, de estilos de vida que vêm com a modernidade e a urbanização.

Assim, é evidente que as transições demográficas e epidemiológicas que se verificam no País geram mudanças também no seu sistema de saúde. Já se sabe que os perfis das instituições públicas de saúde, isto é, seus programas, estratégias e práticas, são delineados, em essência, por três tipos de fatores: os econômicos e sociais, os epidemiológicos e a disponibilidade de recursos, tanto econômicos, quanto de pessoal habilitado.

O aspecto epidemiológico exige que à atenção tardia, polimedicamentosa, tecnologicamente dependente e que requer especialistas e acompanhamento quase constante, some-se o fortalecimento do caráter promocional e preventivo dos serviços de saúde.

De fato, como em quase todos os países industrializados, também em países como o Brasil, em que a transição demográfico-epidemiológica ocorre com as características complexas acima descritas, exige-se do sistema de saúde ações enfocadas no diagnóstico e na detecção oportuna (precoce) de enfermidades crônico-degenerativas, o que implica o uso intensivo e qualificado de serviços médicos de primeiro nível de atenção, assim como atividades que procurem modificar os estilos de vida.

Isto significa que os serviços de saúde devem atuar com programas abrangentes de promoção da saúde, o que inclui *informação, educação e comunicação* massivas e de qualidade, assim como a mobilização do esforço intersectorial no enfrentamento de problemas que

têm origem fora do contexto exclusivamente biológico e individual, para localizar-se nos componentes sociais, econômicos e culturais da sociedade.

A promoção da saúde (e a educação em saúde como parte integrante da mesma) representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas neste começo do século. É o que examinaremos a seguir, começando pelas características da comunicação pública.

### O diálogo como forma de avaliação

A escuta e o diálogo com os usuários dos serviços públicos de saúde têm a missão de conscientizar as instituições sobre a opinião dos usuários sobre seus serviços, possibilitando uma reavaliação das ofertas dos serviços públicos.

As mídias podem proceder à difusão de dados públicos e, no máximo, encorajar a interatividade dos diálogos com as instituições públicas, mas, raramente, contribuir para a análise direta de questões complexas. A comunicação mais importante é aquela que se faz fora da mídia, na qual o usuário do serviço público tem a oportunidade de expor sua opinião sobre os serviços oferecidos.

Zemor<sup>14</sup> ressalta a importância do diálogo que se instaura no serviço público como resultado mais de uma atitude do que de uma disposição regulamentar. Dialogar com os usuários é uma via essencial para a avaliação dos serviços públicos.

O diálogo permite, de um lado, a coprodução de um serviço personalizado que atende o usuário do serviço público. Quando se escuta um “caso particular” confere-se ao cidadão a qualidade do “contrato social” com o poder público, a priori esmagador a seus olhos. De outro lado, a troca de informações pode chamar atenção para pontos de vista que podem ter escapado às preocupações mais globais.

Como pudemos perceber, a comunicação pública é diferenciada, existe nela a proposição de diálogo, ainda que as relações de poder sejam desiguais. A mídia massiva coopera com temas sobre a saúde/doença que são avaliados, por seus dirigentes, como proeminentes para informação e avaliação da sociedade. Vamos então entender como é feita a representação midiática da saúde/doença.

### Mídia e a produção de sentido

Podemos dizer que a mídia traz para a sociedade temas que lhe interessam serem “discutidos” principal-

mente nas áreas política, econômica, social da educação e saúde. Ela é um grande “emissor” e os leitores, ouvintes, expectadores os inúmeros “receptores”. É importante averiguar, portanto, em que condições as falas estão sendo constituídas e construídas. Sob essa perspectiva, Martín-Barbero<sup>4</sup> (p.292) estabelece três lugares de mediação, a saber: “a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural”.

Para o autor, com relação ao primeiro caso, na América Latina, as pessoas se reconhecem na televisão e, no Brasil, isso não é diferente. No entanto, para que essa situação possa ser entendida, faz-se necessário estudar o cotidiano dessas famílias.

O segundo caso aborda a ligação entre os tempos de produção e as rotinas cotidianas de recepção. Já o último aspecto refere-se às mais variadas bagagens culturais dos componentes da esfera receptiva (particulares, individuais), o que corrobora para um modo específico de ver/ler, interpretar e usar os produtos da cultura midiática.

Já Orozco Gómez<sup>9</sup> sinaliza cinco correntes de investigação: *efeitos, usos e gratificações, criticismo literário, estudos culturais e análise crítica de audiência*. Enquanto as duas primeiras identificam-se com o paradigma positivista, as três restantes têm ligações com o hermenêutico.

No cerne dos seus questionamentos, a corrente dos *efeitos* apresenta a preocupação em saber o que acontece com os receptores expostos a uma determinada mensagem. Que fazem os meios (ou a mensagem) com a audiência? Conforme Orozco Gómez, “se admite que haja efeitos a curto, médio e longo prazo (...) há efeitos muito importantes e menos importantes (...) e uma vez que se manifestam permanecem, são irreversíveis e, outros, são momentâneos”<sup>9</sup> (p. 53).

A corrente dos *usos e gratificações* inverte a questão anterior. Agora interessa saber o que as pessoas fazem com o meio, como se apropriam deste, o que deixa clara a noção de receptor ativo. Este possui necessidade e expectativas, que são individuais, variam de indivíduo para indivíduo.

Por sua vez o *criticismo literário* relaciona “os estudos sobre semiótica, temática sintática e as novas correntes alemãs e francesas da estética da recepção”<sup>9</sup> (p.56). Este modelo tem como objetivo saber o que é produzido a partir do contato entre um leitor e um texto.

Já os *estudos culturais* indagam qual a função da cultura na interação meio-mensagem-audiência. A cultura é o centro, o lugar onde perpassam as relações de

poder. A comunicação não se entende fora da cultura. Logo, pretende-se saber como intervém a cultura na interação mídia/receptor.

Portanto, sendo ativo e dono de uma cultura particular, o receptor produz códigos culturais: a reprodução, em que aceita tudo o que recebe, o que o constitui em uma espécie de cúmplice do pensar hegemônico; a negociação, quando aceita algumas partes daquilo a que está exposto e outras não; e a resistência, processo em que não há aceite de propostas de sentido oriundas da mídia, o que acarreta uma produção alternativa ou contraproposta. Para Orozco Gómez<sup>10</sup>, a possibilidade reinante no processo de recepção dos meios é a negociação.

A última corrente – a *análise crítica de audiência* – implica estudar os meios culturalmente. É feita uma abordagem completa de audiência. O receptor é o elemento principal. A interação como meio consiste em um processo muito complexo onde interagem diversos elementos como o meio, a mensagem, a interação, o receptor, a cultura, o sistema social, o discurso do receptor etc<sup>9, 10</sup>.

Na concepção de Orozco Gómez<sup>10</sup>, a perspectiva das mediações implica toda uma soma de fatores, que pode causar influência no processo de sentido dos receptores, tais como a identidade particular de cada um, a família, a escola, o grupo de amigos, o bairro, o trabalho, a cidade, os meios de comunicação e a disposição dos indivíduos frente a estes, o nível de instrução, sexo, idade, etnia, religião, salário, classe social, ideologia etc.

Assim, por meio dessa identidade construída – e jamais acabada –, o receptor produzirá significados próprios, particulares e individuais. A tal apropriação, a negociação ou até mesmo a resistência plena das mensagens são decorrentes diretamente das diferentes mediações anteriormente citadas.

Nessa realidade complexa, onde atuam diferentes fontes e origens, a cultura é eleita “a grande mediadora de todo o processo de produção comunicativa”<sup>9</sup> (p.114). Portanto, a comunicação vai além dos meios. Desloca-se para as mediações, que, por sua vez, são permeadas pela cultura. Assim, todos os processos sociais são perpassados pela cultura. Ela é o agente de mediação.

Essas mediações concretizam-se em três práticas: a sociabilidade (formas de negociação, de contato com os outros; práticas cotidianas de interação), a ritualidade (ligada às rotinas – “repetição de certas práticas”) e a tecnicidade (cada meio possui uma singularidade que se remete ao suporte técnico)<sup>8, 9</sup>.

Como vimos até agora, a probabilidade das mediações implica a totalização de fatores, que pode influenciar no procedimento de significação dos receptores, pois cada indivíduo é único na sua maneira de observar e traduzir a realidade. Assim, os significados dados também serão singulares. Em um contexto de saúde/doença, os enunciados das mensagens, assim como os meios devem ser minuciosamente analisados pelos emissores, pensando nas questões: Quais estímulos devemos enviar para este receptor? Que sentidos queremos alcançar?

### Comunicação em saúde: desenhando mensagens na área de saúde

Os meios de comunicação podem ser extremamente eficazes para envolver o público com os assuntos da saúde, pois, de forma atraente, induzem as pessoas ao desenvolvimento de novas ideias que podem gerar ações de prevenção de doenças. Haja vista a questão recente da vacinação que combate a influenza H1N1.

Analisando o papel da linguagem e apresentação dos conteúdos na motivação da atenção do público às mensagens na área da saúde, observamos que várias mensagens e campanhas veiculadas na mídia não alcançam seus objetivos. Atribuímos parte da ineficiência das campanhas às formas como as pessoas processam as informações, à medida que são expostas a elas. O aspecto cultural é um dos determinantes de como o receptor vai interpretar a mensagem.

Ao analisar a motivação das pessoas para dar atenção às mensagens sobre saúde, podemos afirmar que o público responde a uma mensagem dando atenção ao próximo estágio da comunicação e que esta atenção pode ser conceitualizada dentro de um *continuum*. De um lado do *continuum*, o público presta pouca atenção, caracterizando uma resposta passiva ou apática. No outro lado, dá grande importância à mensagem, numa resposta ativa ou atenta.

Observamos que o grau de atenção do público será diretamente proporcional ao grau de envolvimento das pessoas com o assunto veiculado. E inferimos que uma comunidade envolvida, por exemplo, com problemas de dengue ou influenza H1N1 dará mais atenção a mensagens sobre prevenção destas doenças. Públicos não envolvidos, por outro lado, processam informações de forma passiva, o que pode ser conceitualizado como rota periférica.

As formas de apresentação e os conteúdos são essenciais para despertar o interesse do público para as mensagens referentes à saúde. No caso de um folheto sobre dengue ou influenza H1N1 distribuído em ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde, por exemplo. A primeira barreira desse tipo de mensagem é despertar nas pessoas o interesse de obter o folheto, o que depende da relevância que cada um dá ao tema no momento em que toma conhecimento da publicação. No caso daqueles que utilizam os serviços públicos de saúde podemos dizer que a dificuldade maior é contar com a paciência do público para ler um texto longo e repleto de palavras “pouco familiares à maioria”.

### Condições para o processamento ativo da informação

Louis e Sutton *apud* Parrott<sup>11</sup> propuseram, como condição para promover o processamento ativo de informação, que o conteúdo seja apresentado de forma atrativa e fácil de ser entendido rapidamente. Por exemplo, ninguém se sente confortável quando o assunto é câncer de pele, mas uma mensagem impressa deveria conter ilustrações para criar sentimentos positivos em relação às ações que estão sendo desenvolvidas. Fotos ou desenhos reproduzindo os sintomas de câncer de pele chamariam a atenção e motivariam as pessoas à leitura do folheto e os portadores dos sintomas a procurarem o médico.

Outra condição proposta por Louis e Sutton *apud* Parrott<sup>11</sup> (p. 13-14), é de que a apresentação do conteúdo deve ser “discrepante ou inesperada”, para “acionar o pensamento ativo”, o que não acontece se a mensagem ocorre quando e como todo mundo espera. Ou seja, o formulador da mensagem deve ter criatividade e ousadia para romper o lugar comum.

Em sua “Proposta de mensagem na área da Saúde”, Parrott<sup>11</sup> (p. 41) se refere com entusiasmo à Teoria Cognitiva Social, TCS – em inglês SCT (Social Cognitive Theory), que descreve o comportamento humano como “reciprocamente determinado pelos fatores pessoais internos e o ambiente em que a pessoa vive”, mas que “as pessoas também mudam seus ambientes por meio do comportamento e expectativas”.

“A perspectiva cognitiva social na mudança do comportamento sobre saúde é que a mudança do comportamento individual pode ser facilitada pela modificação dos fatores pessoais e ambientais que incentivam o comportamento saudável”, afirma Parrott<sup>11</sup> (p. 41).

### Modelo transteórico

Com o intuito de compreender como as pessoas mudam de comportamento, foi desenvolvido o Modelo Transteórico, de Prochaska e DiClemente<sup>12</sup>, que descreve a prontidão para a mudança como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. O modelo está baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas têm diversos níveis de motivação e de agilidade para mudar. Prochaska, DiClemente e Norcross<sup>13</sup>, ao desenvolverem um instrumento para identificar os estágios de mudança, quando os pacientes iniciam um tratamento, chegaram a cinco estágios bem definidos, confiáveis e bem relacionados entre si: *Pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção*.

A pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo percepção do risco envolvendo o comportamento-problema; já a contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, mas, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. A preparação é o estágio no qual o indivíduo toma a decisão de mudar de comportamento, enquanto a ação se dá quando o paciente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido.

O estágio seguinte, a manutenção, é aquele em que se trabalha a prevenção à recaída e à consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. Tradicionalmente, a manutenção é vista como um estágio estático, porém, dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer<sup>2</sup>. O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida. Aqui o foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento, evitando assim a recaída.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross *apud* Maibach e Cotton<sup>3</sup>, o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear causal (em que há causa, efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente) como anteriormente se pensava. As mudanças de estágios são mais bem representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica.

## Referências

1. Buss PM. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 61-101.
2. Jungerman FS, Laranjeira R. Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1999; (48):197-207.
3. Maibach E, Cotton D. Moving people to behavior Change. In: Maibach E, Parrot R. *Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory And Public Health Practice*. California: Sage; 1995.
4. Martín-Barbero J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.
5. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Minayo MCS. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
7. Monteiro CA. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do País e suas doenças*. São Paulo: Hucitec; 1995.
8. Orozco Gómez G. *Dialética de la Mediación Televisiva: Estructuración de estrategias de recepción por los televidentes*. *Análisi* 1993; (15):31-44.
9. Orozco Gómez G. *La investigación en Comunicación desde la Perspectiva Cualitativa*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2000.
10. Orozco Gómez G. *Tel-E-Videncias: Metodologias qualitativas de investigação em comunicação, audiências e meios audiovisuais*. Seminário. Porto Alegre, PUCRS; 2003.
11. Parrot RL. Motivation to Attend to Health Messages. In: Maibach E, Parrot R. *Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory And Public Health Practice*. California: Sage; 1995.
12. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; (51): 390-395.
13. Prochaska JO, DiClemente C, Norcross CC. In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992; (47):1102-1114.
14. Zemor P. *La communication publique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995.

# A comunicação da saúde e o “efeito placebo”

Isaac Epstein<sup>1</sup>

## Resumo

A comunicação da saúde ao público, seja na inter-relação dual médico-paciente, através das interações nos grupos focais ou pela mídia, deve sempre ter o compromisso ético da comunicação, na forma mais adequada, da “verdade” ou, pelo menos, verossimilhança científica (no estado atualizado da arte) acerca da promoção da saúde, seja na forma de prevenção, tratamento ou cura das enfermidades.

Como entender sob este ponto de vista, o “efeito placebo”, que também tem o objetivo de aliviar o ser humano do sofrimento causado pela perda da saúde, mas agora baseado na ficção (na perspectiva da medicina hegemônica) que é a sua essência?

Este artigo procura descrever alguns aspectos do entendimento científico atual deste “efeito” explora sua natureza, características, limitações e possibilidades na promoção da saúde dentro de uma perspectiva ética, mas também pragmática. São mencionadas as várias explicações atuais para este “efeito: a psicológica (reflexo condicionado), antropológica (mediante descrições de procedimentos mágicos e curativos em culturas ditas “primitivas”), bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo etc. São tratadas também algumas das dificuldades que o “efeito placebo” causa nos ensaios “duplo cego” para determinar a eficácia real de novos medicamentos no tratamento de determinadas enfermidades.

**Palavras-chave:** Placebo; nocebo; saúde

## Abstract

Health communication addressing the public, whether in the context of doctor-patient interrelation, through interactions of focal groups or via mass communication, should always have the ethical commitment of communication, in the most suitable form, of the “truth” or, at least, the scientific verisimilitude (in the updated state of the art) concerning health promotion, whether in the form of prevention, medical treatment or cure of diseases. From this standpoint, how to make sense out of the “placebo effect” whose goal is also to alleviate human suffering caused by the loss of health, but now based on the fiction (from the hegemonic medicine perspective) which is its very essence? This article aims at describing some aspects of the actual scientific understanding of this “effect”, exploring its nature, typical traits, limitation and possibilities in health promotion under an ethical but also pragmatic perspective. Several present explanations are mentioned concerning this “effect”: the psychological one (conditioned reflex), the anthropological one (through descriptions of magical and curative procedures in so called “primitive” cultures), the psycho-neuro-physiological bases of the placebo-nocebo phenomenon, etc. Besides, we deal with the some of the difficulties that the “placebo effect” causes in double-blind trials (to determine the real efficacy of new medicines in the treatment of certain diseases).

**Key-words:** Placebo; nocebo; health

<sup>1</sup> Isaac Epstein (isaacepstein@uol.com.br) é doutor em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). Consultor Ad Hoc da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), é ex-diretor adjunto e atual consultor da Cátedra Unesco de Comunicação para o Desenvolvimento Regional da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Tem experiência na área de Comunicação, com ênfase em Teoria da Comunicação, atuando principalmente nos seguintes temas: Comunicação, Poder, Linguagem, Gramática, Código Forte e Código Fraco.



Os avanços e recursos da medicina moderna, sejam no diagnóstico, sejam nas terapias das enfermidades, repousam cada vez mais nos métodos científicos da descoberta e verificação empírica dos resultados dos tratamentos propostos. Vale dizer que a medicina tende a ser cada vez mais “ciência” e menos “arte”. Este fato se faz presente logo na primeira interface entre o paciente e seu “curador”, médico. Cada vez mais o tempo da consulta se encurta e o número de exames solicitados pelo médico se alonga. Em muitos casos, mais confiante nos resultados dos exames do que no seu próprio contato físico com seu paciente, seja ouvindo atentamente a descrição de seus sintomas, seja auscultando os ruídos e vazios de seu corpo, apalpando-o em busca de sinais de patologias, o médico, às vezes, se desumaniza, assumindo o papel de mais um captador e intérprete de sinais provindos de uma parafernália técnica. Nesse sentido, seu contato verbal, visual e corporal com os pacientes se minimiza, resultando a relação médico-paciente em uma interação programada e capaz de ser substituída, em determinadas especialidades, por um *software*<sup>3</sup>.

No intuito de reverter esta situação, a Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 2001, priorizou nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Medicina, (Resolução CNECES n. 4. de 7/11/2001) os aspectos humanísticos, éticos e da integralidade da saúde, no perfil do médico generalista recém-formado, estimulando a “interdisciplinaridade, em coerência com o eixo do desenvolvimento curricular, procurando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”<sup>25</sup>.

Em qualquer procedimento médico, os efeitos terapêuticos relacionam-se a dois tipos de fatores:

“‘específicos’ como características e efeitos dos medicamentos indicados (dose, duração, via de administração, farmacodinâmica, interações medicamentosas), outros procedimentos, (cirurgia, e outros atos invasivos ou não invasivos) e “não específicos” (história e evolução natural da doença, regressão à média, aspectos socioambientais, variabilidade intra e interindividual, desejo de melhora, expectativas e crenças no tratamento, relação médico-paciente, características não farmacológicas do medicamento etc). O fenômeno placebo-nocebo, faz parte destes últimos.” (idem)

O Efeito Placebo é o nome técnico para designar o poder da mente em curar o corpo sem uma óbvia intervenção física. Às vezes é conseguido por meio da administração de uma pílula feita de material inerte, outras vezes por uma injeção de água destilada<sup>5</sup>. Nestes casos, a eficácia do efeito placebo aumenta com



o fato da atribuição terapêutica ser enunciada ao paciente por alguém com legitimidade para tanto no campo da saúde, e no qual o paciente deposita confiança de que se trata de um procedimento com atributos terapêuticos<sup>II</sup>. Outras vezes é feito um procedimento ou manobra inócua à qual é atribuído também um efeito de cura ou alívio<sup>III</sup>. O placebo, portanto, é um simulacro de medicamento ou de tratamento. É uma técnica praticada marginalmente, quando julgada útil, mas, de qualquer modo, não muito comentada, porque numa perspectiva ética trata-se da imposição de uma inverdade. Se o placebo fracassa num caso que demanda um medicamento real, o profissional que o utiliza pode ser acusado de negligente.

Este ator pretensamente curativo, apenas compara eventual na teatralidade do ato terapêutico, começa a ser promovido, reconhecido e legitimado quando a norte-americana *Food and Drugs Administration* (FDA) recomendou e, logo após, exigiu, que os ensaios clínicos sobre os efeitos de determinados fármacos fossem feitos no procedimento de duplo cego que atualmente

é padrão. Este procedimento consiste em ensaios clínicos nos quais os pacientes são subdivididos em três grupos com igual número de indivíduos. Um grupo receberá o novo medicamento a ser testado, o segundo, o placebo, e o terceiro nada receberá<sup>IV</sup>. Em princípio, o diferencial entre o resultado positivo do efeito do medicamento entre os que o recebem e os que recebem o placebo aferirá a eficácia da fórmula testada. Há que se considerar também que, em certos casos, há uma remissão espontânea. Nestes casos, deve-se levar em conta o diferencial entre os que receberam o medicamento e os que apresentaram uma remissão espontânea sem também terem recebido nem o medicamento nem o placebo. Em alguns casos, há uma repercussão econômica considerável de alguns contratempos causados pelo efeito placebo<sup>V</sup>.

Algumas metanálises têm verificado a resposta do efeito placebo (em % de melhora) em doenças isoladas, utilizando ensaios clínicos controlados<sup>25</sup>: Influenza na doença de Crohn, (32 casos, 19%)<sup>22</sup>; Síndrome da fadiga crônica (29 casos, 19.6%)<sup>4</sup>; Síndrome do intestino irritável (45 casos, 45%)<sup>16</sup>; Colite ulcerativa, (26.7%)<sup>10</sup>; Depressão maior (29.7%)<sup>24</sup>; Distúrbio bipolar (31.2%)<sup>23</sup> e Profilaxia da enxaqueca (21%)<sup>14</sup>.

As hipóteses explicativas clássicas para o efeito placebo se dividem em várias categorias<sup>18</sup>: a primeira deriva das teorias de condicionamento de Pavlov. O indivíduo teria, no passado, obtido uma melhora em sua condição de enfermo quando submetido a algum procedimento terapêutico: administração de medicamentos ou outro qualquer, porém, dentro do contexto médico. As condições destes contextos seriam, então, sinais que condicionariam a melhora na administração do placebo (Tal como o cão que é condicionado a salivar quando ouve uma sineta, à qual tinha no passado sido associada à administração do alimento). A eficácia do reflexo condicionado pode até inverter, em alguns casos, o efeito do fármaco administrado<sup>VI</sup>. Uma segunda teoria explica o efeito placebo como decorrente da sugestibilidade das pessoas. De fato, a eficácia do efeito placebo pode variar enormemente de pessoa para pessoa. Alguns indivíduos seriam mais sensíveis que outros ao fenômeno<sup>21</sup>. Uma terceira explicação associa este efeito à variação de atividade neurológica e química cerebral. De fato, pesquisas têm sugerido que o efeito analgésico do placebo envolve tanto redes cognitivas como sistemas endógenos de geração de opióides<sup>17</sup>.

<sup>II</sup> É claro que o lugar profissional de quem prescreve: médico, terapeuta, etc, outorga o atributo da legitimidade às pessoas que prescrevem.

<sup>III</sup> Segundo Price (et al)<sup>20</sup> "Nossa compreensão e conceituação do efeito placebo mudou sua ênfase de um enfoque no conteúdo inerte de um agente físico para uma simulação conjunta de uma intervenção terapêutica. A pesquisa tem identificado vários tipos de respostas a placebos conduzidas por diferentes mecanismos que dependem do particular contexto onde o placebo é ministrado. Algumas respostas ao placebo como a analgésica são iniciadas e mantidas pela expectativa de uma alteração dos sintomas e mudanças na motivação e nas emoções. O placebo pode ter efeitos neuro biológicos cerebrais e corporais. Outras respostas ao placebo resultam de processos menos conscientes tais como o condicionamento clássico como no caso das funções hormonais e respiratórias. A demonstração do envolvimento dos mecanismos do placebo em testes clínicos e a prática clínica rotineira induziu a interessantes considerações para o desenho de testes clínicos e abriu oportunidades para considerações éticas".

<sup>IV</sup> Outra questão que surge é a de se saber se é ético utilizar placebos em testes. Em suma, se administramos a alguns pacientes uma pílula inerte, suspendendo sua medicação usual, isto não poderia agravar os sintomas? Muitos críticos sugerem que as novas drogas, especificamente as psiquiátricas, deveriam ser comparadas não com o placebo, mas com as drogas já existentes<sup>6</sup>. O FDA sustenta que as drogas psiquiátricas e algumas outras como as anti-hipertensivas constituem um caso especial, porque seus efeitos são difíceis de evidenciar. É comum nos testes com estas drogas o efeito placebo conseguir atingir de 30 a 50% de melhora.

<sup>V</sup> A revista Science nos relata (Science, 09/04/99: 238) que uma invenção do laboratório Merk, o MK-869, foi anunciada como a droga do milênio, pois os testes tinham comprovado sua eficácia contra a depressão, além de não apresentar os efeitos indesejáveis de outros produtos no mercado. Após o anúncio, as ações da Merk subiram vários pontos, e psiquiatras e pacientes deprimidos passaram a aguardar ansiosamente o novo remédio. Surpreendentemente, algum tempo depois, o medicamento voltou para a prateleira, não como antidepressivo, mas como tendo uma indicação limitada para tratamento da náusea causada pela quimioterapia. O que teria ocorrido? Segundo o comunicado da Merk para a imprensa de 22 de Janeiro de 1999, o medicamento tinha sido vítima da "praga do placebo". Novos testes foram efetuados, confessou o laboratório, mostrando que pacientes que tinham recebido pílulas inócuas melhoraram da depressão tanto quanto os que receberam o medicamento. No mesmo dia as ações da Merk caíram cinco por cento na bolsa.

Uma distinção pode ser feita entre o efeito placebo real e o falso efeito placebo. Os pesquisadores que realizam os testes em novas drogas, às vezes, mantêm certas esperanças quanto a seus resultados. Se estes são marginais ou apenas inconclusivos, a “leitura” destes resultados pode ser distorcida pelo pesquisador. Este fenômeno pode ocorrer, inclusive, em ciências naturais, quando resultados de experimentos são interpretados diferentemente por cientistas com interesses divergentes<sup>5</sup>. Mas, o falso placebo também pode ocorrer quando o próprio paciente altera inconscientemente o resultado. O verdadeiro efeito placebo apenas é realmente aferido nos testes duplo-cego, isto é, quando nem o pesquisador, nem o paciente sabem se está sendo administrado o medicamento ou o placebo.

O verdadeiro efeito placebo deve ser efetiva ou potencialmente mensurável por mudanças fisiológicas: aumento de endorfinas gerado no cérebro, aumento do sistema imune ou melhora na cicatrização de um ferimento. Em casos de enfermidades como a depressão, esta aferição é mais complicada, devido ao grau de dificuldade em aferir objetividade à gravidade dos sintomas.

O efeito placebo, como dissemos, se baseia, afinal de contas, numa mentira: O paciente pensa que ingere um medicamento ou passa por um procedimento médico indicado, quando, em realidade, nada disto ocorreu, e o procedimento foi apenas simulado. O paciente melhora a partir de um tratamento fictício. Como aproveitar pragmaticamente este efeito? O médico ou o provedor devem, sem nenhum eufemismo, “mentir” ao paciente.

<sup>5</sup>O procedimento é assim descrito: “Após fazer soar um estímulo sonoro, aplica-se, em um cão, uma injeção de acetilcolina. Em resposta à acetilcolina o cão tem hipotensão (queda da pressão arterial). Se, depois de diversas combinações do som com a injeção, substituirmos a acetilcolina por adrenalina, o cão continuará a ter hipotensão. Deveria ter hipertensão (aumento da pressão arterial), portanto o condicionamento mudou completamente a resposta ao segundo agente. A ação farmacológica da adrenalina foi anulada. Seria de se esperar que o cão, ao recebê-la, tivesse aumento da pressão arterial; mas como está recebendo aquela injeção condicionalmente associada ao estímulo sonoro, que para ele é sinal de hipotensão, sua pressão continua a baixar. O organismo do cão ignora o efeito farmacológico da adrenalina e obedece ao sinal de hipotensão, registrado no sistema nervoso central. Fato muito importante é que diversos estímulos ambientais podem conjugar-se entre si, formando uma verdadeira cadeia, e qualquer desses estímulos pode agir como sinal e por em marcha o reflexo condicionado. Outros estímulos do ambiente podem apresentar o mesmo efeito, como, por exemplo, a entrada na sala onde a experiência se realiza, a visão do experimentador, a audição de sua voz (mesmo fora da sala), etc” (Amaral JR, Sabbatini R<sup>1</sup>).

<sup>6</sup> Na 34ª Reunião da SBPC, realizada em Campinas (SP), coordenamos em nome da Intercom (Epstein, 1982) um simpósio denominado “Informação e Desinformação em Medicina” com a participação de: Profa. Anna Kossak Romanach, (Instituto Hahnemanniano do Brasil), Nelson Guimarães Proença (Presidente da Associação Paulista de Medicina), Prof. Otto Guilherme Bier (Fundação Oswaldo Cruz) e Waltencyr Linhares (Presidente da Associação Paulista de Homeopatia). Este simpósio foi especialmente dedicado a alguns aspectos das diferenças entre as práticas médicas alopáticas e homeopáticas.

Se o placebo não faz efeito e o paciente piora, o médico terá sido negligente. Ficaria a critério dos médicos a “mentira” a ser praticada em nome de um suposto benefício ao paciente. A prática do placebo foge, portanto, a qualquer protocolo terapêutico oficialmente aprovado a ser seguido, o que sempre, seja qual for o resultado do tratamento, é uma defesa corporativa aos procedimentos do profissional. Na ausência deste apoio, a prática do placebo deixa o profissional carente do apoio corporativo. Isto é, sem dúvida, um obstáculo sério à prática explícita do placebo. Dizemos explícita, porque quantos procedimentos terapêuticos “alternativos” não são, afinal, meros placebos?<sup>7 VII</sup>

De qualquer forma chegamos a uma questão paradigmática. Como tem sido demonstrado, o placebo funciona em certo número de casos e instâncias médicas, com eficácia variável de acordo com a natureza do distúrbio e o perfil do paciente. É uma prática marginal, vista do ponto de vista da medicina hegemônica herdeira de uma tradição científica positivista. A medicina hegemônica procura sinais palpáveis das moléstias, de suas causas e efeitos dos possíveis tratamentos. Quando é necessário saber com precisão a causa da morte, os médicos procuram, através da autópsia, os sinais concretos dos danos nos órgãos, nos tecidos, nos ossos, nas artérias etc. O efeito placebo, apesar das explicações mencionadas, continua a ser uma “zona cinza” na medicina: uma terapêutica com certo grau de eficácia sem nenhuma intervenção material direta no paciente.

Numa sociedade dita “primitiva” esta zona cinza não existe porque, ao contrário da nossa cultura “científica” a cura é sempre mediada por processos simbólicos e rituais e não conduzida por meios químicos e físicos. Se o feiticeiro ou curador “primitivo” utiliza ervas ou qualquer outro meio material isto é apenas secundário em relação ao efeito do “tratamento”. O efeito deste repousa na sua natureza “mágica”, sob o ponto de vista da medicina hegemônica, ou ritual, do ponto de vista cultural.

O efeito placebo está, portanto, intimamente ligado à incerteza e ao segredo; o placebo jamais deve ser confessado, sob pena de perder seu efeito. Podemos, no entanto, distinguir algumas crenças básicas concernentes ao efeito placebo.

Primeira crença genérica: O efeito placebo é devido exclusivamente à ignorância do paciente e à manipulação do médico. Uma segunda crença é baseada na

antropologia médica, e é uma redefinição, por Levi-Strauss<sup>13</sup>, do efeito placebo como “resposta-significado”, no registro da eficácia da biomedicina em termos performativos e simbólicos. Levi-Strauss menciona uma prática em algumas sociedades ditas “primitivas”. No Capítulo IX de seu livro e no capítulo “O Feiticeiro e sua magia”, diz Levi-Strauss:

“Desde os trabalhos de Cannon, percebe-se mais claramente quais os mecanismos psico-fisiológicos nos quais estão fundados os casos atestados em inúmeras regiões do mundo, de morte por conjuro ou enfeitiçamento; um indivíduo, consciente de ser objeto de um malefício, é intimamente persuadido, pelas mais solenes tradições de seu grupo, de que está condenado; parentes e amigos partilham desta certeza. Desde então, a comunidade se retrai; afasta-se do maldito, conduz-se a seu respeito como se fosse, não apenas morto, mas fonte de perigo; em cada ocasião, e por todas as suas condutas o corpo social sugere a morte da infeliz vítima que não pretende mais escapar àquilo que considera como seu destino inelutável... O enfeitiçado cede à ação combinada do imenso terror que experimenta, da retirada súbita e total dos múltiplos de referência fornecidas pela convivência do grupo... A integridade física não resiste à dissolução da personalidade (...). Não há, pois razão para duvidar de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente a confiança e as

exigências da opinião coletiva que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles a que ele enfeitiça...”

A contribuição da antropologia nos ajuda a vislumbrar, segundo paradigmas distintos<sup>viii</sup>, fenômenos, que certamente não são idênticos, mas que comungam alguns traços comuns: com alguma semelhança, o efeito placebo que, apesar das explicações mencionadas, continua marginal no paradigma científico da medicina; e a magia do feiticeiro (magia, pelo ponto de vista da ciência), completamente “natural” para a sociedade que a pratica. Um efeito visível e material causado por um rito apenas simbólico.

A eficácia do “efeito placebo” nos mostraria traços “arcaicos” em nossa psique? Mas também há outras pistas a perseguir. O paradigma da ciência pressupõe a experiência como prova final de suas “verdades”, enquanto a crença na magia é sempre apriorística<sup>x</sup>. Todavia, tal como os resultados negativos dos procedimentos mágicos, também alguns dos resultados negativos das observações e experimentos na fase de “ciência normal” descrita por Kuhn<sup>11</sup> não alteram a crença no paradigma vigente. São apenas “anomalias” aguardando a emergência de um novo paradigma para sua assimilação. <sup>x</sup>Os critérios de demarcação entre ciência e não ciência não são tão absolutos como poderiam fazer crer os paradigmas positivista e pós-positivista da ciência<sup>xi</sup>.

É sabido também que alguns indivíduos respondem com mais intensidade que a média das pessoas ao efeito placebo. Para eliminar a influência destas pessoas do teste subsequente, isto é, o duplo cego, (DC) foi efetuado um “cego singular” (CS) no qual apenas foi administrado o placebo com conhecimento dos médicos, mas desconhecimento dos pacientes. Nestes testes “cego singular”, as respostas positivas ao efeito placebo foram baixas e apenas foi possível eliminar alguns dos pacientes da totalidade dos, digamos, placebos positivos revelados PP no DC. Comparando os resultados do número dos PP nos testes CS com os PP do duplo cego, DC, verificou-se um aumento dos PP nos DC em relação aos CS. Em verdade, a diferença entre os testes CS e os DC é que nos primeiros os médicos sabiam que estavam ministrando o placebo e nos DC, não sabiam. Esta ignorância dos médicos, acreditando estar ministrando o medicamento, em verdade, aumentava

<sup>viii</sup> Utilizamos aqui o termo “paradigma” no sentido que lhe deu Kuhn<sup>11</sup>, isto é, uma crença ou conjunto de crenças apriorísticas às próprias teorias científicas. A vigência de determinado paradigma não é sujeita a contestação (ao contrário das teorias científicas) a não ser em situações de “ciência extraordinária”, véspera das chamadas “revoluções científicas” que culminam justamente na substituição de paradigmas.

<sup>ix</sup> Para Marcel Mauss<sup>15</sup>: “Mas, enquanto toda a ciência, mesmo a mais tradicional, se concebe ainda como positiva e experimental, a crença na magia é sempre apriorística... a magia tem tal autoridade, que, em princípio, a experiência contrária não abala a crença... Até os fatos desfavoráveis a favorecem, pois se pensa sempre que eles são o efeito de uma contra magia, de falhas rituais e geralmente, que se devem ao fato de as condições necessárias das práticas não terem sido observadas” (p.122).

<sup>x</sup> Há exemplos clássicos na história da astronomia: O célebre “desvio” da órbita do planeta Marte em relação ao paradigma das órbitas circulares, apenas “explicado” pelas leis de Kepler das órbitas elípticas, assimiladas, mais tarde, pelo paradigma newtoniano. Um segundo exemplo, mais atual, é o resultado negativo do experimento de Michelson e Morley destinado a aferir o movimento “absoluto” da Terra em relação ao espaço newtoniano. Este resultado foi considerado uma “anomalia” até sua assimilação pelo paradigma da teoria da relatividade.

<sup>xi</sup> Um dos mais conhecidos destes critérios é o de Popper<sup>19</sup>.

o efeito-placebo<sup>12</sup>. Este é um aspecto intrigante deste efeito, uma vez que a crença dos envolvidos, pacientes e médicos, de que se tratava de um medicamento real e não do placebo, nos dá uma dimensão intersubjetiva do fenômeno. Lembra-nos a narrativa acima do rito de feitiçaria descrito por Levi-Strauss, em que a crença na eficácia do procedimento mágico deve não só ser partilhada pelos parceiros intervenientes (feiticeiro e “paciente”), como por todo o grupo e o contexto no qual ocorre o fenômeno.

Embora, continua Lackoff, “os antropólogos haviam já compreendido o significado da intersubjetividade no processo da cura, isto jamais havia sido comprovado de uma maneira pragmática” o juízo mágico é, em realidade, uma afirmação coletiva.

Em uma reunião efetuada por especialistas no Eggeland-Hospital em Driburg, Alemanha, com o título: “Placebo e Nocebo: efeitos e fenômenos na prática geral”, realizada nos dias 13,14 e 15 de Junho de 1997<sup>8</sup>, se constatou que “cerca de 30% de cada efeito terapêutico deve ser atribuído ao efeito placebo”. Nesta reunião foram examinados os resultados de entrevistas com duração de uma hora e meia até dez horas, feitas com 19 especialistas, no período de setembro de 1996 até março de 1997. Os especialistas se dividiram em dois grupos: o grupo denominado de “placebo forte”, que reivindica que os efeitos do placebo esclarecem dois em cada três efeitos terapêuticos, e o grupo dos céticos, que, por sua vez, achava que o efeito placebo ainda deveria ser provado. Apesar de não ter sido possível, nesta reunião, explicar o placebo pelas teorias médicas vigentes, foi sugerida a ideia de que se mudando o sinal positivo pelo negativo, isto é, em situações médicas e terapêuticas negativas, poderia ocorrer o “efeito nocebo”. Se bem que os efeitos placebo e nocebo tenham sido estudados nesta reunião, no contexto global da situação terapêutica, um tipo particular de mensagem nos chama a atenção para o efeito nocebo. Trata-se das informações contidas em algumas bulas de medicamentos: Seus “efeitos adversos”<sup>xii</sup>.

Sabemos que, bem intencionadas, as bulas contêm informações aos médicos e aos pacientes. Se pelo menos uma parte variável do efeito benéfico é devida ao efeito placebo, isto é, da expectativa introjetada pelos pacientes, podemos supor que as informações adversas possam agir em sentido contrário, isto é, provocar os próprios efeitos adversos anunciados, principalmente quando são sugeridos vagamente ou passíveis de serem produzidos subjetivamente. Uma informação de um periódico médico norte-americano de enorme tiragem parece confirmar este fato<sup>xiii</sup>.

A sugestão positiva (como a provocada pelo efeito placebo), pode ser benéfica aos pacientes, mas, a sugestão negativa, derivada de vários fatores, inclusive os efeitos adversos dos medicamentos anunciados em suas bulas, pode ter o efeito contrário. Atualmente, cada vez mais é dedicado um espaço tanto curricular como de pesquisa à complexa relação médico-paciente. Sem dúvida esta relação pode abrigar tanto o efeito benéfico do placebo, como o negativo do Nocebo<sup>9</sup>.

<sup>xii</sup> Um exemplo, entre inúmeros, são as reações adversas assinaladas na bula de certo medicamento: “Reações adversas frequentes: Cefaléia, diarreia, constipação, dor abdominal, náusea, vômito e flatulência”.

<sup>xiii</sup> “O efeito Nocebo pode ajudar a explicar porque as pessoas tomando medicamentos reais às vezes experimentam efeitos colaterais que não parecem ter sido causados pela droga. Estes efeitos indesejáveis podem fazer com que os pacientes deixem de tomar o medicamento ou os médicos a interromperem o tratamento”<sup>2</sup>.

### Referências

1. Amaral JR, Sabbatini RME. Efeito placebo: o poder da pílula de açúcar. *Revista Cérebro & Mente* 1999 Jul; 9.
2. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific Medication Side Effects and the Nocebo Phenomenon. *JAMA* 2002; 287:622-627.
3. Belfort R, Schor P. Programas inteligentes, inteligência artificial e oftalmologia. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2000 Aug; 63(4).
4. Cho HJ, Hotopf M, Wessely S. The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2005;67:301-13.
5. Collins H, Pinch T. Dr. Golem: How to think about medicine. Chicago: University of Chicago Press; 2005.
6. Enserink M. Are Placebo-Controlled Drug Trials Ethical. *Science.* 2000 April; 288(5465): 416.
7. Epstein I. Informação e desinformação em medicina. *Boletim Intercom* 1982 Novembro/Dezembro (40): 25-28.
8. Epstein I. Nocebo e os eventuais efeitos adversos dos medicamentos relatados nas bulas. In: Melo JM, Epstein I, Gobbi MC, Gomes ALZ, organizadores. *Mídia, Mediação e Medicalização: Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde*; 2003 out. 1-3; São Paulo, Brasil. Brasília: Anvisa; 2005.
9. Epstein I, organizador. *A Comunicação também cura na relação entre médico e paciente.* São Paulo. Angellara; 2006.
10. Ilnycky JA, Greenberg H, Bernstein CN. Quantification of the placebo response in ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 1997;112:1854-8.
11. Kuhn T. *Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva; 1978.
12. Lakoff A. Managing the Placebo effect in Antidepressant Trials. *MI.* 2000 April; (2): 72-76.
13. Levi-Strauss C. *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro: Biblioteca do Tempo Universitário; 1967.
14. Macedo A, Banos JE, Farré M. Placebo response in the prophylaxis of migraine: a meta-analysis. *Eur Journal of Pain* 2008; 12:68-75.
15. Mauss M. *Sociologia e Antropologia.* São Paulo: Edusp; 1974.
16. Patel SM, Stason WB, Legedza A, Ock SM, Kaptchuk TJ, Conboy L, et al. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterology Motil* 2005; 17: 332-40.
17. Petrovic P, Kalso E, Peterson KM, Ingvar M. Placebo and Opioid Analgesia- Imaging a Shared Neuronal Network. *Science* 2002 March; 295 (5560): 1737-1740.
18. Philipon P. L' effet placebo. *La Recherche.* 2003 Juillet-Août; (366): 54-57.
19. Popper K. *La lógica de la investigación científica.* Madrid; 1967.
20. Price DD, Finniss DQ, Benedetti F. Comprehensive of the Placebo Effect: Recent advances and Current Thought. *Annuan Review of Psychology.* 1998; 59: 565-590.
21. Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW. Placebo run-in period in studies of depressive disorders, Clinical, heuristic and research implications. *Brit, Journal Psychiatry.* 1998; 173: 242-248.
22. Suc C, Lichtenstein GR, Krok K, Brensinger CM, Lewis JD. A meta-analysis of the placebo rates of remission and response in clinical trials of active Crohn disease. *Gastroenterology.* 2004;126:1257-69
23. Sysko R, Walsh BT. A systematic review of placebo response in studies of bipolar mania. *Journal of Clin Psychiatry.* 2007 Aug; 68(8):1213-7.
24. Walsh BT, Seidman SN, Sysko. R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA.* 2002;287:1840-7.
25. Zulian Teixeira M. Bases psiconeurológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2001;55(1):13-18

# Extensões da divulgação científica e da percepção pública da saúde na formulação de políticas públicas

Samuel Antenor<sup>1</sup>

## Resumo

Recentes pesquisas de percepção pública da Ciência e da Tecnologia demonstram que os temas da saúde têm obtido maior penetração junto ao público, figurando entre aqueles que mais diretamente interessam às pessoas. Nesse sentido, a divulgação científica de informações sobre saúde tem implicações mais rápidas, propagando-se de maneira mais perceptível na sociedade, tanto no comportamento relacionado aos cuidados com a saúde como no posicionamento quanto às políticas públicas. Dentre os temas da saúde, objetivamos destacar aspectos relacionados à saúde individual e coletiva, sobre os quais propomos uma reflexão a partir das discussões acerca de mecanismos de incentivo e restrição ao uso de cigarros e ao uso de veículos automotores, analisadas sob as perspectivas da ciência e da economia. Assim, procuramos refletir sobre os tratamentos dados pela mídia eletrônica (Internet) a estudos científicos relacionados ao uso de cigarros e de veículos automotores, com a respectiva geração de substâncias tóxicas e sua absorção pelo organismo humano, com consequências para a saúde individual, ambiental e coletiva. Também foi observado o uso de argumentos econômicos, presentes nesses estudos e relacionados aos tratamentos às doenças decorrentes dessas causas, e sua influência na formulação de políticas públicas concernentes a esses usos. Por fim, constatamos que a influência da percepção pública na formulação de políticas de saúde enfrenta um obstáculo quanto aos aspectos econômicos.

**Palavras-chave:** Cultura científica; percepção pública; políticas públicas

## Abstract

Recent researches of public perception towards Science and Technology show that the health themes have acquired greater public penetration, taking part among those more directly interesting to people. Thus, the scientific disclosure of information on health has faster consequences, spreading in a way that is more cognizable for society, either in the behavior related to the health care and the positioning as for the public policies. Among the health themes, we aim at remarking the aspects related to individual and collective health, on which we suggest a reflection as from the discussions concerning stimulation and restriction to the use of cigarettes and automobiles, analyzed under the science and economics perspective. Thus, we aim at reflecting upon the treatments spent by the electronic media (Internet) with scientific studies related to the use of cigarettes and automobiles, with the respective generation of toxic substances and their absorption by the human body, with consequences for the individual, environmental and collective health. The economical arguments present within these studies were also observed, they are related to the treatments of diseases resulting from such causes, and its influence in the development of public policies concerning these uses. Lastly, we found that the influence of the public perception in the formulation of health policies faces an obstacle as for the economical aspects.

**Key-words:** Scientific culture; public perception; public policies

<sup>1</sup> Samuel Antenor (samuel@isaude.sp.gov.br) é jornalista, com especialização em Jornalismo Científico pelo Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Mestrando em Divulgação Científica e Cultural pelo Labjor e Instituto de Estudos da Linguagem (IEL), da Unicamp, na linha de pesquisa Percepção Pública da Ciência, é diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e assessor técnico da Comissão de Comunicação e Informação do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.



**D**e acordo com recentes pesquisas de percepção pública da ciência e da tecnologia<sup>15</sup> os temas da saúde têm obtido uma maior penetração junto ao público, figurando entre os assuntos que mais diretamente interessam às pessoas. Nesse sentido, a divulgação científica de informações sobre saúde tem implicações mais rápidas, propagando-se com consequências mais perceptíveis na sociedade, tanto no comportamento relacionado aos cuidados com a saúde como no posicionamento quanto às políticas públicas. Contudo, saber como as pessoas percebem as informações veiculadas sobre saúde e a ela reagem é algo que apenas começa a ser abordado nas pesquisas de percepção pública de C&T. Por isso, ainda é uma incógnita o quanto as informações resultantes desses *surveys* são consideradas na formulação de políticas públicas para a área.

Nos últimos anos, em busca de medir a qualificação da informação e seus reflexos nas tomadas de decisão, estabeleceu-se certo consenso de que diferentes áreas da C&T, presentes em todos os setores da vida contemporânea, causam profundas transformações no cotidiano das pessoas, sejam econômicas, sociais ou culturais. Esse perfil, porém, não se constituiu apenas recentemente. Do ponto de vista histórico, foi após a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais que os temas de C&T passaram a ser vistos como pontos estratégicos, capazes de conceder poder a quem os detém<sup>11</sup>. Nesse

cenário, foram impulsionados debates sobre a ciência e suas implicações éticas e sociais. Destacamos, aqui, dois fatos significativos para isso.

Do ponto de vista internacional, o surgimento, nos Estados Unidos, da National Science Foundation (NSF), em 1950, deu início aos programas de educação e popularização de massa com vistas a garantir apoio popular continuado às ciências e seus desdobramentos. Essa iniciativa repercutiu por diferentes países, entre eles o Brasil. Por aqui, foi a partir da criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em 1951, que se estruturaram e se fortaleceram as bases da C&T brasileiras. A percepção dos resultados advindos dessas ações em nosso país pode ser medida na primeira pesquisa sobre percepção pública da ciência em nível nacional, realizada pelo próprio CNPq, em 1987.

Com as pesquisas de percepção pública da C&T, busca-se avaliar a maneira como as pessoas entendem o próprio conhecimento nesta área, por meio da autodeclaração. Nesse sentido, o impacto causado pelos movimentos sociais, nas últimas décadas, e a preocupação e oposição públicas frente aos crescentes problemas ambientais e sociais decorrentes dos diferentes processos de industrialização, levaram a uma nova onda de esforços de popularização em torno dos temas ligados à C&T, com o objetivo de renovar e reconstruir o apoio e a apreciação positiva do público frente a esses temas

(Castelfranchi e Pitrelli<sup>4</sup>, 2007; Gregory e Miller<sup>6</sup>, 1998 *in* Percepção Pública da Saúde, Programa de Pesquisa para o SUS, Labjor, 2009<sup>II</sup>).

### Interesse pelos temas de C&T em SP

Entre 2007 e 2008, a fim de medir a percepção da informação científica no Estado de São Paulo, foi realizada uma pesquisa pelo Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ainda não publicada, na qual foram avaliados o consumo e o interesse por informação sobre C&T em 33 municípios das 14 regiões administrativas do Estado, incluindo a Capital. O estudo integra um levantamento organizado pela Rede Ibero-Americana de Indicadores de Ciência e Tecnologia (RICYT) e pela Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), e constituirá um dos capítulos da terceira edição de *Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação no Estado de São Paulo*, a ser publicado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Os dados a seguir foram extraídos desse estudo.

No quesito interesse e informação em C&T, dos 1.825 entrevistados na pesquisa, 16,3% se declararam muito interessados e 47,1% se disseram interessados pelo tema Ciência e Tecnologia, alcançando um índice geral de interesse de 63,4%, à frente de Política (21,1%), Economia e Empresas (43,3%) e Cinema, Arte e Cultura (58,7%). De acordo com o levantamento, os dados mostram que o tema C&T não apenas desperta o interesse, mas leva as pessoas a consumirem informações a respeito dele, na busca por aumentar seu conhecimento e também na tentativa de encontrar respostas para problemas a ele relacionados. No entanto, ainda segundo a pesquisa, apenas 5,8% dos respondentes consideraram-se muito informados sobre o tema C&T.

Apesar do interesse considerável, o fato sugere que nem sempre as pessoas têm um nível de informação compatível com seu interesse. No caso do tema

Medicina e Saúde, no *survey* de percepção pública de C&T realizado em 2003 em grandes cidades de quatro países da Iberoamérica – Espanha, Uruguai, Argentina e Brasil – percebe-se que o tema “saúde” é constantemente destacado pelos entrevistados:

“Para a ampla maioria dos entrevistados dos quatro países, “o cuidado com a vida e saúde” constitui o principal motivo que justifica a utilidade da participação. O foco nesse ponto coincide também com a alta importância que a maioria dos entrevistados argentinos, brasileiros e espanhóis assinala para a medicina, saúde e meio ambiente como questões prioritárias da sociedade. No imaginário dos entrevistados dos quatro países existe, certamente, estreita vinculação entre ciência, tecnologia e a qualidade de vida da população” (Vogt e Polino, 2003, p. 165).

No Brasil, a pesquisa de Percepção Pública da Ciência e Tecnologia promovida pelo Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT)<sup>III</sup>, em 2006, indica que 60% dos brasileiros se interessam por temas relacionados com medicina e saúde. Dos entrevistados, 12% afirmaram recorrer a revistas e jornais para se informar sobre ciências e 9% utilizavam a Internet<sup>IV</sup>. Já no Estado de São Paulo, o último *survey* de percepção pública da ciência e tecnologia (2007/2008, como mencionado anteriormente) mostra que o interesse pelo tema Medicina e Saúde (80,9%) aparece em destaque, à frente de Meio Ambiente e Ecologia (76%) e atrás somente de Alimentação e Consumo (83,3%).

Portanto, podemos dizer que o grande interesse por temas relacionados à C&T, conjugado à falta de informação e de conhecimento da população em geral sobre o assunto, gera uma demanda de políticas em diversas áreas voltadas para a divulgação de temas científicos. Nesse contexto, as áreas de medicina e saúde merecem uma atenção especial, dada a importância do tema e o alto grau de interesse apresentado pela população, no que diz respeito não apenas aos conhecimentos científicos intrínsecos ao campo da saúde, mas também às políticas públicas a ela relacionadas. Sendo assim, num país que conta com um sistema unificado e integrado na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), são necessárias ainda pesquisas de percepção pública que forneçam dados relevantes para a elaboração de políticas públicas voltadas para seu aprimoramento, a fim de se desenvolver estratégias de comunicação adequadas que, além de possibilitar uma

<sup>II</sup> Vogt C, et al. Percepção Pública da Saúde: Programa de Pesquisa para o SUS. Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor). Unicamp; 2009.

<sup>III</sup> MCT. Percepção pública da Ciência e Tecnologia no Brasil. Brasília; 2007. (Relatório de pesquisa).

<sup>IV</sup> Vale destacar que na última pesquisa de percepção pública da ciência realizada pelo MCT, o tema “medicina e saúde” não foi incluído, pois a sua presença na lista de temas em C&T trazia distorções nas respostas obtidas, devido à preferência majoritária dos pesquisados pelo assunto. Apesar de o interesse do brasileiro por temas relacionados à ciência e tecnologia ser crescente, 37% da população (MCT, 2007) alega não ter interesse pelo assunto por não entendê-lo.



maior difusão do conhecimento sobre saúde junto à população, fortaleçam o sistema de gestão na área.

### Como a comunicação cumpre um papel junto ao público?

Assim como em outras áreas, também na área da saúde é preciso estabelecer uma distinção entre Comunicação Científica, Difusão Científica e Divulgação Científica. De acordo com Wilson da Costa Bueno, que formulou um quadro conceitual de interseção entre Comunicação e Ciência, podemos melhor compreender esses conceitos se considerarmos como comunicação científica, também chamada de disseminação científica, a transferência de informações científicas e tecnológicas a um público seletivo, formado por especialistas. Já a difusão científica refere-se a todo e qualquer processo ou recurso utilizado para veiculação de informações científicas e tecnológicas voltadas tanto para especialistas quanto para o público em geral. Por fim, a divulgação científica é aquela que inclui os meios de comunicação midiática, como revistas e jornais, livros didáticos, aulas de ciências, palestras e cursos de extensão para não especialistas e outras formas de propagação do conhecimento, incluindo histórias em quadrinhos, mídias eletrônicas e afins<sup>3</sup>.

Sendo assim, as diferentes formas de comunicação utilizadas para a transmissão do conhecimento sobre os temas de C&T encontram espaço em situações e momentos distintos, podendo envolver um amplo espectro de público, especialistas e não especialistas, sejam eles cientistas, professores, estudantes, profissionais de diversas áreas, formadores de opinião, crianças, jovens ou adultos. Há, portanto, uma maneira específica de comunicar o conhecimento, considerando, para sua compreensão, diferentes tipos de interlocutores. Resumidamente, enquanto a comunicação científica é realizada entre pares, a divulgação científica é feita para um público mais amplo, como ampla é a gama dos divulgadores científicos, incluindo, além de jornalistas científicos, os próprios cientistas e pesquisadores das ciências. Hoje, a percepção pública da ciência, bem como seus desdobramentos, pode ser entendida como algo integrante de um sistema cultural, denominado por Carlos Vogt como Cultura Científica:

“Melhor do que *alfabetização científica* (tradução para *scientific literacy*), popularização/vulgarização da ciência (tradução para *popularisation/vul-*

*garisation de la science*), percepção/compreensão pública da ciência (tradução para *public understanding/awareness of science*) a expressão cultural científica tem a vantagem de englobar tudo isso e conter ainda, em seu campo de significações, a idéia de que o processo que envolve o desenvolvimento científico é um processo cultural, quer seja ele considerado do ponto de vista de sua produção, de sua difusão entre pares ou na dinâmica social do ensino e da educação, ou ainda do ponto de vista de sua divulgação na sociedade, como um todo, para o estabelecimento das relações críticas necessárias entre o cidadão e os valores culturais, de seu tempo e de sua história”<sup>14</sup>.

Assim, no que tange ao tema saúde, o conhecimento produzido sobre sua promoção, bem como a prevenção e o tratamento dos males a ela causados, envolve, além de um interesse público bastante significativo, uma profusão de informações, veiculadas tanto em ambientes restritos quanto nos mais acessíveis, como as mídias impressas e eletrônicas. Entretanto, quais seriam as reais possibilidades de a opinião pública, constituída com base nesse conhecimento difundido, envolver-se a ponto de influenciar na formulação dessas políticas?

### Percepção pública, influências e limites

O debate em torno da formulação de leis que visem à promoção e à prevenção da saúde da população resvala no que poderíamos chamar de “perfis de comunicação”, resultado tanto da influência que a opinião pública tem sobre determinado tema, quanto dos limites dessa influência, quando da formulação das políticas públicas que vão estabelecer se, quando e como tal conhecimento resultará em benefício da sociedade. Para isso, objetivamos destacar neste texto, dentre os temas da saúde, aspectos relacionados à saúde individual e coletiva, atentando para questões de saúde humana e saúde ambiental, sobre as quais propusemos uma reflexão a partir das discussões acerca de mecanismos de incentivo e restrição ao uso de cigarros e ao uso de veículos automotores, analisadas sob as perspectivas da ciência e da economia.

Para tanto, entre os meses de julho e outubro de 2009, foram observados os tratamentos dados pela mídia eletrônica (Internet), tanto em veículos especializados como naqueles não especializados em C&T, aos estudos científicos quanto ao consumo de cigarros e uso de veículos automotores, com a respectiva geração

de substâncias tóxicas e sua absorção pelo organismo humano, com consequências para a saúde individual, ambiental e coletiva. No período – que abrangeu aquele em que foram debatidos aspectos relacionados à Lei 13.541, de 13 de agosto de 2009, conhecida como Lei Antifumo<sup>v</sup>, que restringiu o uso de cigarros no Estado de São Paulo – também foram observados, ainda que em menor grau, os argumentos econômicos presentes nesses estudos (citados ou não pela mídia), relacionados aos tratamentos às doenças decorrentes dessas causas, e sua influência na formulação de políticas públicas concernentes a esses usos.

Conforme consta em página eletrônica disponibilizada no site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>12</sup>, o Governo do Estado considera que a lei representa um importante passo em defesa da saúde pública, visto que a nova legislação proibiu o fumo em ambientes fechados de uso coletivo (bares, restaurantes, casas noturnas etc), bem como os chamados “fumódromos” em ambientes de trabalho e restaurantes, estabelecendo a criação de ambientes 100% livres de tabaco. O texto destaca que a medida acompanha uma tendência internacional de restrição ao fumo, já adotada em cidades como Nova York, Londres, Paris e Buenos Aires.

Entretanto, a lei se vale também de argumentos científicos, visto que menciona estudos que comprovam os males do cigarro não apenas para quem fuma, mas também para aqueles que se veem expostos à fumaça do cigarro, os chamados “fumantes passivos”, que, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), compõem o grupo que representa a terceira maior causa de mortes evitáveis no mundo. O texto finaliza as orientações lembrando que a responsabilidade por garantir que os ambientes estejam livres de tabaco será dos proprietários dos estabelecimentos, e que os fumantes não serão alvo da fiscalização. Ainda que controversa, a lei, amplamente divulgada em campanhas educativas e com fiscalização, ganhou aceitação popular, medida por pesquisas do Governo do Estado, que enfatizou a intenção de tornar mensuráveis mudanças diretamente ligadas à saúde da população.

No caso do combate ao fumo, as campanhas se utilizaram de recursos como cartazes e cartões postais,

distribuídos em locais como bares e restaurantes, além de placas em avenidas e rodovias, faixas em estádios de futebol, veiculações na televisão, incluindo programas populares de diferentes emissoras, entre outros recursos, como a instalação de ampulhetas e relógios eletrônicos, para contagem regressiva e progressiva da entrada da lei em vigor. Todavia, enquanto há panfletos oficiais sobre os males provocados pelo cigarro à saúde humana, não há o mesmo tipo de ação oficial sobre os males causados pela poluição atmosférica decorrente da queima de combustíveis fósseis por veículos automotores – algo que poderia ser considerado incoerente em termos de políticas públicas voltadas à promoção da saúde da população.

### Dois pesos, duas medidas

Em busca de estabelecer uma possível correlação, tendo em vista que a restrição ao uso de cigarros tem por base argumentos científicos e econômicos relacionados à saúde, poder-se-ia invocar a mesma classe de argumentos para a formulação de políticas públicas que restringissem o uso excessivo de veículos automotores emissores de poluentes e, portanto, prejudiciais ao bem-estar da população. No entanto, em termos de políticas públicas na área da saúde, não é isso o que ocorre. Não há, até o momento, nenhuma política que considere argumentos científicos e econômicos relacionados à promoção e prevenção da saúde subsidiando uma regulação ou controle eficaz sobre a emissão de poluentes a partir da queima de combustíveis fósseis por veículos automotores – ainda que não falte informação científica a respeito dos males causados pela poluição atmosférica à saúde humana. Ao contrário, o uso maciço de veículos automotores parece dividir a própria opinião pública, gerando conflito de interesses justamente porque, em detrimento da saúde, prevalecem determinados interesses, sejam eles políticos, econômicos ou culturais.

Enquanto o cigarro passou a ser visto pela maior parte das pessoas como vilão, suprimido dos anúncios nas revistas e na televisão, o uso de automóveis particulares em detrimento do transporte público continua a ser amplamente promovido, com propagandas que lembram a mesma modernidade, liberdade, autonomia e status social que as propagandas de cigarros apresentavam até seu banimento no Brasil, na década de 1990. A questão merece ser discutida

<sup>v</sup> Brasil. Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009, publicada na Assessoria Técnico-Legislativa. Disponível em: <<http://www.leiantifumo.sp.gov.br/ustr/share/documents/legislacao.pdf>>

não para que a Lei Antifumo ganhe outras características, mas para que se verifiquem os motivos pelos quais outras questões relacionadas diretamente à promoção da saúde pública – como o controle da emissão de poluentes a partir de veículos automotores – não terem contado, até o momento, com ações semelhantes e da mesma magnitude.

Apenas a título de comparação, enquanto nos Estados Unidos existem 760 carros por mil habitantes, no Brasil já chegamos à metade disso, com 380 carros por mil habitantes. Ainda assim, São Paulo, metrópole com mais de 11 milhões de habitantes<sup>7</sup>, possui apenas 63 quilômetros de linhas de metrô, mais de oito vezes menos do que Nova York, maior cidade dos Estados Unidos, com 479 quilômetros de linhas de metrô para pouco mais de 8 milhões de habitantes<sup>13</sup>.

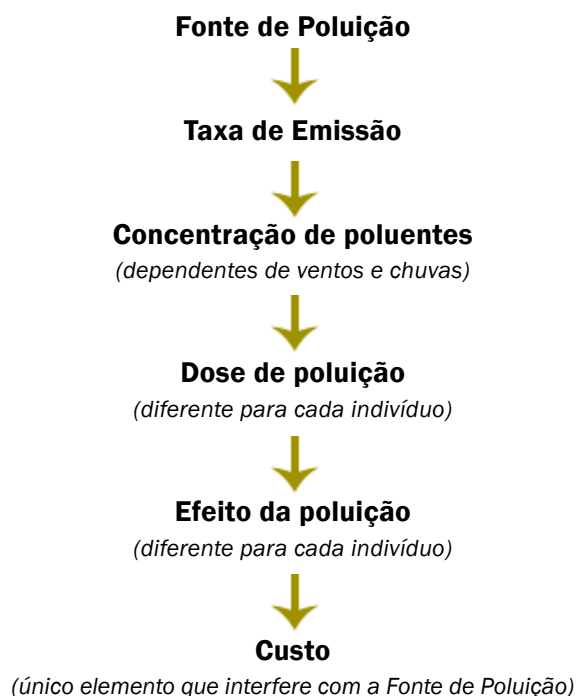
A falta de uma política pública de prevenção aos riscos causados pela poluição atmosférica gerada pela queima de combustíveis fósseis por veículos automotores fica ainda mais evidente justamente quando tomamos como exemplo a cidade de São Paulo, onde a frota de veículos automotores já atingiu a casa das 6,8 milhões de unidades<sup>5</sup>, das quais 40% têm idade acima dos 10 anos. Isso significa que, desse total, cerca de 2,5 milhões de automóveis tendem a emitir ainda mais poluentes, o que prejudica não apenas a qualidade do ar, mas também a saúde da população.

Sendo assim, pensamos que numa questão diretamente ligada à saúde ambiental, o conhecimento dos fatos pela opinião pública pouco tem influenciado o poder público em relação ao tema, visto que a disparidade entre as políticas públicas de saúde – que deveriam, em comum, buscar a melhoria das condições de vida da população – pode ser discutida justamente a partir da falta de conjugação entre as ações de combate às causas de males decorrentes do fumo e da poluição atmosférica. Esta aparente contradição nos permite entrever um fato importante em termos de formulação de políticas públicas, que é o viés econômico, altamente considerável, mas nem sempre colocado explicitamente nas discussões.

### **Custos para a saúde e para a sociedade**

Passando da questão dos males para a dos custos da saúde, e para estabelecer um grau de importância que justifique a adoção de políticas de restrição, seja ao uso de cigarros ou de veículos automotores, é preciso

que se faça uma análise não apenas das perspectivas da ciência, mas também da economia. Para isso, é possível seguir um algoritmo que ajude a entender melhor a questão da poluição atmosférica, considerando que um fator está diretamente relacionado a outro:



Nas últimas quatro décadas, o etanol, por exemplo, obteve espaço no mercado automobilístico por questões relacionadas à economia, tendo enfrentado altas e baixas em sua participação como fonte de combustível no Brasil. Atualmente, questões econômicas e ambientais, embora controversas, são elementos que contribuem para sua manutenção como combustível. Essa controvérsia, por sua vez, deve-se, entre outros fatores, ao cálculo do ciclo de vida dos materiais, que nem sempre considera o elemento humano. No entanto, para a sustentabilidade de uma política pública que interfira em questões de saúde, devem ser considerados não apenas os aspectos econômicos, mas também os sociais e ambientais.

Nesse sentido, podemos mencionar a resolução 315 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), de 2002, a qual previa a obrigatoriedade no Brasil, até janeiro de 2009, da adoção do padrão de emissões de gases do Euro 4, de acordo com o Programa de Controle da Poluição do Ar por Veículos Automotores (Proconve). Essa medida possibilitaria que a emissão de poluentes no País fosse semelhante à atualmente em vigor nos

países europeus, com uma redução de 90% na emissão de poluentes presentes no diesel, por exemplo, passando dos atuais 550 ppm (partes por milhão) de enxofre para 50 ppm.

No entanto, devido ao impacto econômico advindo da mudança para toda a cadeia produtiva de automóveis, tido como principal motivo para seu adiamento, o Brasil somente deverá adotar esse padrão em 2012. Mais uma vez, os custos públicos com os problemas relacionados à saúde não entraram nessa conta e, por causa desse adiamento, há um excesso de 14 mil mortes anualmente no Brasil, cerca de 5 mil apenas na Região Metropolitana de São Paulo<sup>vi</sup> em decorrência dessas causas.

Logo, poderíamos dizer que este é um exemplo da não valorização do elemento humano, mas também dos custos para a saúde na formulação de políticas públicas, além da limitada influência da opinião pública na questão, resultante de desconhecimento ou desinteresse frente aos dados, visto que, atualmente, segundo estudos preliminares<sup>vii</sup>, o SUS teria um gasto anual em torno de R\$ 1,5 bilhão, relacionados com a não redução das emissões de poluentes, considerando o número de mortes e custos de morbidade, como o tempo médio de internação e o custo dos procedimentos e dos medicamentos, mesmo sem considerar o impacto da poluição nos índices de expectativa de vida.

Ainda assim, numa metrópole como São Paulo, que tem 32% de sua superfície pavimentada<sup>viii</sup>, o viés econômico atualmente é preponderante quando a discussão gira em torno do controle sobre a queima de combustíveis fósseis, visto que o transporte público é deficitário, contribuindo de maneira desproporcional para a reversão dessa situação. Assim, ao desconsiderar o elemento humano e os custos para a saúde, a não promoção de políticas públicas que restrinjam a imensa circulação

de automóveis particulares acentua consideravelmente um problema ambiental como a poluição atmosférica, causando danos à saúde e prejuízos aos cofres públicos, alimentando um círculo vicioso. A questão pode ser corroborada com base nos números do relatório do estudo “Avaliação dos aspectos ambientais, de saúde e socioeconômicos envolvidos com a implementação do PROCONVE em seis Regiões Metropolitanas”<sup>ix</sup>, segundo os quais a Capital paulista apresenta um índice de 4 mil mortes anuais em decorrência da poluição do ar. Esses números superam as mortes na cidade causadas em decorrências da AIDS (980 mortes) e tuberculose (400 mortes), ambas as doenças objeto de políticas públicas em âmbito nacional.

### Prejuízos medidos, mas pouco percebidos

Nas medições sobre cargas globais de doenças, o indicador DALY (Disability Adjusted Life Years), desenvolvido pela OMS e pela Universidade de Harvard (EUA), é utilizado para medir os anos de vida perdidos ajustados por incapacidades geradas por agentes externos<sup>x</sup>. Para isso, mede-se, simultaneamente, o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida das pessoas. Nesta unidade de medida, 1 Daly corresponde a 1 ano de vida sadia perdido, incorporando, para isso, os conceitos de morte prematura e anos vividos com incapacidade.

Assim, quando relacionamos os custos sociais da poluição atmosférica, entramos em uma área de conflito, visto que os custos de construção e manutenção de estradas e vias urbanas, bem como os custos relacionados à saúde, não são considerados pela indústria e pela disseminação do uso excessivo de veículos particulares, sobretudo em ambiente urbano. Em última instância, cabe ao Estado arcar com esses custos, a fim de remediar situações causadas, em grande parte, em decorrência de interesses econômicos privados.

Assim, do ponto de vista do papel da comunicação para a saúde, bem como da percepção pública do tema, os exemplos citados e as correlações estabelecidas nos levam a crer que diferentes limites e barreiras ainda precisam ser transpostos.

### Conclusões

Com base na discussão aqui proposta, verificamos que é preciso debater: a) a maneira como as instituições públicas de pesquisa preveem um espaço

<sup>vi</sup> LAPAE. LAPAT. Avaliação dos aspectos ambientais, de saúde e socioeconômicos envolvidos com a implementação do PROCONVE em seis Regiões Metropolitanas. Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental, Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Laboratório de Análise de Processos Atmosféricos, Departamento de Ciências Atmosféricas, Instituto de Astronomia, Geofísica e Ciências Atmosféricas. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2009. (Relatório de Pesquisa).

<sup>vii</sup> LAPAE. Adiamento Diesel P6. Impactos estimados em Morbidade e Mortalidade com Valoração Econômica. Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental, Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. (Relatório de Pesquisa).

<sup>viii</sup> E que possui hoje apenas 1/3 da vegetação mínima recomendada pela ONU para a manutenção da saúde de sua população.

<sup>ix</sup> LAPAE/LAPAT; 2009, *Opus cit.*

para a comunicação em sua estrutura, e suas consequências; b) como equilibrar o espaço dado aos aspectos científicos e econômicos na divulgação científica sobre os temas da saúde; c) a quantificação desses mesmos aspectos na formulação de políticas públicas na área da saúde e d) quais mecanismos de interação entre público e gestores poderiam ser considerados nessa discussão.

Constatamos que a influência da percepção pública na formulação de políticas de saúde enfrenta um obstáculo quanto aos aspectos econômicos, que precisariam ser equacionados com relação a dois pontos: a) quanto aos gastos advindos dos tratamentos necessários aos males provocados por cigarros e veículos automotores e b) quanto à representatividade desses gastos frente a interesses econômicos. É significativo perceber que o conceito de “interesse econômico”, que não é monopólio da iniciativa privada, não parece ser considerado na mesma medida quando da formulação das políticas, tendo em vista que os custos dos tratamentos relacionados ao uso desses agentes oneram apenas os cofres públicos.

Assim, a reflexão que fazemos nos coloca o desafio de pensar maneiras para que as políticas públicas considerem a comunicação como diferencial, capaz de cumprir um papel na formulação de políticas públicas, incorporando-a na estruturada dos órgãos públicos de saúde.

## Referências

1. Albornoz M, et al. Proyecto: indicadores ibero-americanos de percepción pública, cultura científica y participación ciudadana. Informe final. Buenos Aires: OEI/Ricyt/Cyted; 2003.
2. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência. São Paulo: Unesp; 2004.
3. Bueno WC. Jornalismo científico no Brasil: aspectos teóricos e práticos. São Paulo: ECA/USP; 1988.
4. Castelfranchi Y, Pitrelli N. Come si comunica la scienza?. Bari: Laterza; 2007.
5. DETRAN-SP. Departamento Estadual de Trânsito de São Paulo. Frota de Veículos: Abril, 2010. [online] [Acesso em maio de 2010]. Disponível em: <<http://www.detran.sp.gov.br/frota/frota.asp>>.
6. Gregory J, Miller S. Science in Public communication, culture and credibility. New York: Plenum Press; 1998.
7. IBGE. Estimativas das Populações Residentes em 1º de julho de 2009, segundo municípios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Julho, 2009. [online] [Acesso em novembro de 2009]. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf)>.
8. MMA. Primeiro Inventário Nacional de Emissões Atmosféricas por Veículos Automotores Rodoviários. Ministério do Meio Ambiente. Secretaria de Mudanças Climáticas e Qualidade Ambiental; 2010.
9. MMA. Resolução 315 do Programa de Emissões Veiculares (Proconve). Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama); 2002.
10. Murray CJL, Lopez A. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard: Harvard School of Public Health; 1996.
11. NSF. National Science Foundation. Science and Engineering Indicators: Biennial Series. Washington: Government Printing Office; 2006. [online] [Acesso em abril de 2010]. Disponível em: <<http://www.nsf.gov>>.
12. SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Portal da Lei Antifumo [online]. São Paulo, Brasil. [Acesso em em abril de 2010]. Disponível em: <<http://www.leiantifumo.sp.gov.br/>>
13. U.S. Census Bureau: Population Estimates (geographies ranked by estimate). Set, 2008. [online] [Acesso em abril de 2010] Disponível em: <[http://factfinder.census.gov/servlet/GCTTable?\\_ds\\_name=PEP\\_2008\\_EST&-mt\\_name=PEP\\_2008\\_EST\\_GCTT1R\\_ST9S&-geo\\_id=04000US36&-format=ST-9&-tree\\_id=806&-context=gct](http://factfinder.census.gov/servlet/GCTTable?_ds_name=PEP_2008_EST&-mt_name=PEP_2008_EST_GCTT1R_ST9S&-geo_id=04000US36&-format=ST-9&-tree_id=806&-context=gct)>.
14. Vogt C. A espiral da cultura científica. ComCiência. [online] Jul, 2003. [Acesso em agosto de 2009]. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/cultura/cultura01.shtml>>.
15. Vogt C, Polino C, organizadores. Percepção pública da ciência: resultados da pesquisa na Argentina, Brasil, Espanha e Uruguai. São Paulo:Unicamp; 2003.
16. Vogt, C, et al. Percepção pública da ciência e tecnologia: uma abordagem metodológica para São Paulo. In: Landi F, organizador. Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado de São Paulo: 2004. São Paulo: Fapesp; 2005.

# O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações

Ausonia Favorido Donato<sup>I</sup>  
Ana Luisa Zaniboni Gomes<sup>II</sup>

## Resumo

A capacidade de traduzir criticamente os grandes problemas sociais impõe-se à comunidade científica nacional, da mesma maneira que ocorre na área da Saúde Coletiva, onde questões e reflexões próprias do campo, centradas em temas como formação, comunicação, participação, mobilização e educação em saúde – objetos de centenas de dissertações, teses e pesquisas acadêmicas desde meados dos anos 1970 – permanecem acesas nos corações e mentes de pesquisadores e técnicos. Numa tentativa de aproximação com o tema a que nos propusemos aqui refletir, destacamos a pouca presença, nos estudos disciplinares da Saúde e da Educação, dos conhecimentos e práticas próprios do campo da Comunicação. Numa perspectiva dialética, e considerando as teorias que desenham as reflexões do campo da Comunicação, como a Teoria da Indústria Cultural e suas análises críticas sobre a mercantilização da cultura e o mercado cultural, notadamente a Escola de Frankfurt, refletimos sobre a necessidade de um exercício crítico, fundamental para decifrar a realidade das relações sociais. Os estudos que relatam experiências de aproximação entre os campos da Comunicação e da Educação, que derivam das inquietações frente à expansão dos media no século XX, nos oferecem abordagens, a partir das quais podem ser destacados pontos de convergência, possibilidades de interrelação e desafios, o que nos leva a um novo campo científico, o da Educomunicação.

**Palavras-chave:** Educação; processos comunicacionais; educomunicação

## Abstract

The capacity of critically translating the great social problems is introduced to the domestic scientific society, as occurs in the Collective Health area, where issues and reflections that are singular to the field, focused in themes such as qualification, communication, participation, mobilization and education in health – object matter of hundreds of dissertations, theses and academic researches as from mid 70's – remain active in the hearts and minds of technical researchers. In an attempt to get closer to the theme which we are here to reflect, we remarked the minor presence, in the disciplinary Health and education studies, the knowledge and practices that are typical from the Communication field. In a dialectic perspective, and considering theories that redraw the reflections of the Communication field, such as Cultural Industry Theory and its critical analysis on the commoditization of culture and the cultural market, especially the School of Frankfurt, we reflected upon the necessity of a critical practice, primordial for decrypting the reality of the social relations. The studies that report the approximation experiences between the Communication and Education fields, which arise from the unrest in view of the expansion of the media of the twentieth century, offer us approaches, as from which the convergence points, interrelation possibilities and challenges might be remarked, which drives us to a new scientific field, the Educommunication.

**Key-words:** Education; communicational processes; educommunication

<sup>I</sup> Ausonia Favorido Donato (ensino@isaude.sp.gov.br) é educadora, mestre e doutora em Saúde Pública. Diretora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e diretora Pedagógica do Colégio Equipe (São Paulo).

<sup>II</sup> Ana Luisa Zaniboni Gomes (analuisa@obore.com) é jornalista, especialista em Gestão de Processos Comunicacionais, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP) e diretora de gestão da OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes.



Um dos desafios permanentes apresentados à comunidade científica nacional refere-se à sua própria capacidade de traduzir, criticamente, os grandes problemas sociais que ainda assolam o País neste novo século. E de ajudar a respondê-los.

Na Saúde Coletiva, por exemplo, muitas das questões e reflexões próprias do campo, centradas em temas como formação, comunicação, participação, mobilização e educação em saúde – objetos de centenas de dissertações, teses e pesquisas acadêmicas desde meados dos anos 1970 – permanecem acesas nos corações e mentes de pesquisadores e técnicos. São brasa adormecida nas pautas prioritárias das políticas públicas de saúde das diversas esferas de governo, possibilidades instaladas no dia a dia do nosso povo. Ou seja, vasta é a produção, não tão grande assim é a sua difusão e socialização e ainda menor é a sua aplicação, na prática.

Em uma primeira tentativa de aproximação com o tema a que nos propusemos aqui refletir, destacamos a pouca presença, nos estudos disciplinares da Saúde e da Educação, dos conhecimentos e práticas próprios do campo da Comunicação.

Durante os anos 1970 e 1980 havia a predominância de um domínio conceitual fragmentado, por vezes reduzido à dimensão mecanicista ou instrumental do processo comunicativo – marca ainda muito presente nos dias de hoje. Havia uma redução desse processo a

uma abordagem binária: bastava o comparecimento de um emissor, de uma mensagem e de um receptor para que ocorresse a comunicação. Em várias modalidades pedagógicas, sejam cursos, oficinas, treinamentos ou capacitações, uma das expectativas de aprendizagem era a produção de cartazes a partir de assuntos fornecidos pelos professores, em geral sobre campanhas de vacinação. O tema “barreiras da comunicação” era tratado como mera inadequação vocabular: acreditava-se que a simples substituição de uma palavra menos usual por outra de uso mais cotidiano resolveria qualquer problema de comunicação. Questões culturais, conflitos de classe e aspectos como motivação, repertório, representações sociais e mediações ainda não eram considerados, evidenciando o caráter fragmentário dos conceitos e das práticas de comunicação de então.

A partir dos anos 1990, já com o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado, outro aspecto a ser destacado é o ainda frágil compromisso das instâncias formais de controle social das políticas públicas de saúde de considerar a comunicação como mais uma aliada de suas lutas. Outro, ainda, é a falta de preparo dos meios de comunicação de massa em localizar, investigar e retratar os grandes problemas nacionais, neste setor.

Tais fragilidades reatribuem a nós, pesquisadores da área da Saúde Coletiva e pesquisadores da área da Comunicação, o papel de elaborar devolutivas capazes

de traduzir, no cotidiano, o discurso formal da ciência, facilitando sua socialização. Como responder a isso? Como traduzir e construir, ainda no caminho exploratório da pesquisa, espaços comunicativos facilitadores e mediadores das nossas produções? De que natureza seriam? A quem e para quem serviriam? Quem mais poderia e quererá estar conosco neste percurso?

Ao recuperar o sentido real ou figurado das travessias nas diversas formas de sociedade, escreveu Octavio Ianni<sup>9</sup> que todo o cientista se propõe a algum percurso quando estuda, ensina ou pesquisa. O pesquisador, assim como o viajante, nunca está sozinho porque o movimento da travessia é sempre coletivo – “nós” saímos em busca dos “outros” a partir da descoberta e da construção de métodos e caminhos de mundo que não estão traçados.

O alargamento das margens do campo – no caso, aqui, o da Saúde Coletiva – e a aproximação e o entrosamento das grandes questões nele instaladas tanto interna quanto externamente, podem, de fato, potencializar e atualizar leituras e *práxis*, influenciando no estado da arte de suas produções. Isso posto, como provocar, tecer e sustentar, nas condições atuais de nossas instituições de ensino e pesquisa, a tão necessária interdisciplinaridade?

Neste artigo concentram-se alguns singelos questionamentos sobre o porquê da importância de incluir o estudo da Comunicação na formação dos profissionais de saúde. Deles certamente decorrerão outras diversas reflexões que o tema e a sua problemática merecem e exigem acerca de paradigmas, tipos, meios, métodos e formas de conceber, produzir e socializar – portanto, tornar comum – a gama de conhecimentos presentes nos centros de pesquisa ligados à Saúde Pública.

### Encontrando a Comunicação

Numa perspectiva dialética, as teorias que desenharam as reflexões do campo da Comunicação iniciam-se nas décadas de 1930 e 1940, com a Teoria da Indústria Cultural e suas análises críticas sobre a mercantilização da cultura e o mercado cultural. Para seus seguidores, notadamente os ligados à Escola de Frankfurt, o exercício da crítica é fundamental para decifrar a realidade uma vez que um manto ideológico encobre e embaça os significados das complexas relações sociais.

No Brasil, duas etapas retratam a constituição do mercado cultural: a do desenvolvimento nacional (1930-50) e a do desenvolvimento transnacional (1950-60).

Na primeira etapa, marcada por processos socioeconômicos de urbanização e industrialização e por processos político-culturais do nacionalismo e populismo, os meios de comunicação de massa desempenham papel pendular. Difundem estilos de vida urbanos e a necessária socialização, ao mesmo tempo em que agudizam as tensões sociais e expõem a exclusão, dado que grande parte da população não tinha acesso aos bens ofertados pela modernidade. O rádio e o cinema foram, nesta fase, os principais veículos de difusão massiva das primeiras vivências cotidianas do nosso país e de nosso povo.

A segunda fase, a do desenvolvimento transnacional, é marcada pela ideologia desenvolvimentista associada ao capital estrangeiro que passou a dominar os principais ramos da indústria no País. Tal configuração, aliada à ditadura militar, que viria logo depois, fez com que aqui se desenvolvesse uma política de grande dependência econômica, social e cultural. Implantou-se uma infraestrutura tecnológica que, em nome da integração nacional, fez emergir a televisão como o principal veículo da indústria cultural. Por contar com uma base de produção nacional, este modelo de televisão evoluiu e se consolidou como um dos mais avançados do mundo. Nesta etapa, também os meios de comunicação de massa assumiram um papel pendular: negavam o imperialismo cultural por sua avançada produção nacional, ao mesmo tempo em que eram regidos e organizados segundo o modelo transnacional, típico dos países mais desenvolvidos do planeta.

A participação popular no mercado cultural brasileiro manteve-se encoberta enquanto fenômeno de comunicação de massa. Desprezada tanto pela elite intelectual quanto pelos mecanismos formais de pesquisa de mercado, a comunicação popular mereceu poucos estudos e pesquisas sobre as classes populares e as reapropriações ou decodificações que faziam dos produtos da indústria cultural. Apenas no final dos anos 1970, já com o País respirando ares da redemocratização, empreende-se uma renovação nas pesquisas sobre o popular e os meios de massa. É o período em que a perspectiva gramsciana e sua questão maior, a hegemonia, passam a se afirmar nos estudos sobre Cultura e Comunicação no Brasil, abrindo caminho para os estudos de recepção: leitura crítica dos meios, recepção de telenovela, lazer e cotidianidade, usos populares dos meios, culturas urbanas e outras.



Como aponta Lopes<sup>10</sup>, no pensamento gramsciano a maneira de sentir e pensar das classes subalternas é refletida em seus discursos e nas suas práticas, que devem ser estudados de forma relacional e não isolada. Isso porque, em uma sociedade com grandes desníveis sociais, o popular é geralmente contraposto ao moderno e reconhecido, não por sua origem, mas por seu uso. Ou seja, o popular é adotado, usado e consumido, mas, não necessariamente, criado pelas classes subalternas. A ideia de consumo, entendida também como espaço de produção de sentidos, foi fundamental para o avanço das pesquisas sobre o popular na comunicação, pois desmontou a tese do consumidor passivo frente aos campos da produção, da mensagem e dos meios.

Nos anos 1980, Jesús Martín-Barbero, teórico e principal representante da Escola Latino-americana de Comunicação, propõe uma nova abordagem do cotidiano às buscas sobre a questão da cultura popular por meio do conceito de mediações: a luta dos sentidos das representações na comunicação. Na Teoria das Mediações, o estudo dos meios desloca-se para um novo território geográfico e simbólico. O bairro surge como o local e o mundo onde se forjam as novas identidades e sentidos do popular. Ao considerar a cultura como campo de luta e disputa dos sentidos, o autor trabalha sobre as experiências de vida das pessoas e as compreende como sujeitos receptores, não passivos, mas, sim, hábeis de reações, apropriações e cumplicidades.

A este percurso teórico alinhavam-se os Estudos Transdisciplinares que, a partir da década de 1990, inserem a comunicação no contexto da globalização, fazendo com que o global, o nacional e o local passassem a dialogar e a atuar de forma concomitante. Na pós-modernidade, pensada a partir de sua complexidade, a comunicação refere-se a um campo de conhecimento pós-disciplinar, onde a ciência fragmentada não consegue mais responder às novas questões deste novo mundo.

Mauro Wolf<sup>12</sup>, ao refletir sobre o estado da arte das pesquisas em Comunicação, em âmbito internacional e voltadas à grande mídia, nos aponta que o campo da Comunicação é fragmentado e heterogêneo, mas que a área das suas pesquisas começam a se reorganizar sob o impulso da abordagem sociológica, que ilumina a questão das relações entre estrutura social, sistemas de poder e modelos de valor. Nesse nexo de relações,

a função da comunicação – especialmente a de massas – é construir uma enciclopédia de conhecimentos, capacidades e competências.

Para o autor, a maneira como vem sendo construída essa enciclopédia confirma a reorganização sociológica do campo, aliado ao fato de que muitas pesquisas têm constatado que um sistema de mídia cada vez mais complexo precisa de esquemas de análises e interpretações bem mais articuladas do que as disponíveis. Portanto, as pesquisas em comunicação que reunirem diferentes disciplinas de forma trans, multi ou interdisciplinar, ricas em dificuldades na aplicação dos modelos teóricos e analisadas sob a perspectiva das condições de funcionamento e não de função, são as que mais responderão às expectativas do campo em seu estado atual.

### **Quando Comunicação e Educação entram em cena**

Os estudos que relatam experiências de aproximação entre os campos da Comunicação e da Educação remontam às décadas de 1930 e 1940 e derivam das inquietações frente à expansão dos *media* no século XX<sup>5</sup>. Há três abordagens básicas nesses estudos, a partir das quais podem ser destacados pontos de convergência, possibilidades de interrelação e desafios.

A primeira destaca que a vulnerabilidade aos apelos midiáticos pode influenciar na formação de hábitos socialmente negativos. A segunda abordagem defende que fatores culturais, sociais e contextuais relativizam o poder dos veículos de comunicação, e a terceira considera os meios de comunicação como criadores de consensos e legitimadores de poder. Nestas lógicas, à mídia deveria opor a si mesma uma educação libertadora e democratizadora. Em comum, as três vertentes referem-se a formas de apreensão do mundo e evidenciam a necessidade de a educação ampliar o diálogo com formas discursivas geradas fora de seus espaços tradicionais. Vamos a cada uma delas.

### **Educomunicação: um novo campo científico**

Os lugares de reflexão e intervenção da nova prática metodológica expressa no conceito de *Educomunicação* foram se constituindo ao longo do século XX por estudos teóricos emanados de autores como Burrhus Skinner, Célestin Freinet, Mário Kaplun, Paulo Freire e Jesús Martín-Barbero. Nos anos 1950, a partir de uma visão mecanicista do uso das tecnologias da informação no ensino, Skinner sistematizou a chamada Teoria

do Reforço e da Recompensa. Freinet fez uso da comunicação impressa como forma de estímulo à expressão. Kaplun definiu o comunicador educativo responsável por desenvolver ações comunicativas em espaços educativos – os chamados ecossistemas comunicativos. Freire iluminou o caráter dialógico dos processos comunicacionais ao reafirmar a concepção da educação para os meios como atividade inerente aos programas de alfabetização e de educação popular. Martín-Barbero sistematizou a teoria das mediações e deu grande significado à relação entre Comunicação e Cultura.

No final dos anos 1990, ao pesquisar as práticas integradas da educação e da comunicação na América Latina, Soares<sup>11</sup> considerou que as transformações profundas nas Ciências Humanas vinham acarretando a eliminação das fronteiras, dos limites, das autonomias e das especificações dos diversos campos do conhecimento. Demonstrou que a interrelação entre a Comunicação Social e a Educação ganhava uma densidade própria e se afigurava como um campo de intervenção social específico vivenciado em quatro áreas concretas: na da Educação para a Comunicação; na área das Mediações Tecnológicas na Educação, na área da Gestão Comunicativa e na da Reflexão Epistemológica. Seus principais desafios centravam-se na formação dos profissionais deste novo campo a partir de cursos regulares, em nível de graduação, de especialização e pós-graduação, e na validação do campo junto aos órgãos financiadores de projetos e pesquisas.

### **Mídia-Educação: abordagem multidisciplinar**

Desta perspectiva, reconhece-se a influência dos meios digitais no conceito de ensino-aprendizagem. Lembra Citelli que os países latino-americanos apresentaram uma particularidade quanto à sua história cultural: passaram rapidamente do plano discursivo-verbal para os meios audiovisuais. Particularmente no Brasil, sua extensão territorial e os seus problemas de escolaridade fizeram com que a TV e o rádio se tornassem a principal forma de entretenimento e a principal fonte de informação para grande parte da população.

Para Maria Luiza Belloni<sup>4</sup>, a mídia passa a ser parte integrante da educação quando a sala de aula, o livro didático e o professor deixam de ser a única fonte e referência para o aprendiz. Ou seja, elementos de educação podem ser buscados em qualquer parte, tanto através da internet como dos meios de comunicação, especialmente a TV. Ao discutir o papel das TIC

– Tecnologias de Informação e Comunicação, a autora considera que podem ser um excelente suporte de ensino-aprendizagem por seu aspecto mobilizador e aglutinador, desde que se proponham a uma abordagem criativa, crítica e interdisciplinar do conhecimento.

### **Interface: espaço de experimentação e risco**

Para Braga e Calazans<sup>3</sup>, a importância da comunicação na sociedade evidencia-se, principalmente, pela sua penetração nas instituições e atividades sociais. Nessa perspectiva, Comunicação e Educação são campos que se invadem mutuamente, constituindo uma interface, com lógicas diferenciadas. E por estarem ambos os campos em permanente reconstrução, a interface se torna um espaço de experimentação e risco: pode se prestar a posicionamentos generalizados, simplificadores e deslumbrados sobre os processos tecnológicos, mas também se voltar a muita experimentação, pesquisa e reflexão, tal sua complexidade.

Na perspectiva da *Interface*, uma das reflexões vitais é a questão da aprendizagem, que não é consequência apenas da Educação. Uma vez que, desde o Iluminismo, à escola foi reservada a tarefa da socialização dos conhecimentos acumulados da humanidade, sobre ela continuam recaindo as expectativas da formação integral do ser humano.

### **Territórios de formação**

Para referendar as diversas teses pautadas na ideia de que as necessidades reais da vida não são satisfeitas apenas pelo saber formal, Willi Bolle<sup>2</sup> utiliza o conceito de “escola paralela” ao analisar as críticas à matriz dos processos educacionais de hoje e as que sustentaram o rompimento do conceito de formação, na modernidade.

Como a educação formal não consegue responder a todas as questões e a todos os afetos que as situações de aprendizagem solicitam, outros espaços também cumprem essa função e atuam como uma escola paralela. São os espaços educativos informais e os não-formais, onde os agentes educadores são a família, os amigos, a igreja, os veículos de comunicação. Seu território de ação é o cotidiano.

Considerando ainda que a educação informal é o caminho espontâneo de socialização dos indivíduos e que a educação não-formal é a trajetória que as capacita para se tornarem cidadãos do mundo, os resultados esperados desses processos são uma formação para a leitura e interpretação do mundo que os cerca. Trata-se de uma

formação para a vida e suas adversidades, e não apenas uma capacitação para o mercado de trabalho<sup>8</sup>.

### Compartilhar significados, sentidos comuns

A presença da dimensão comunicativa no ato educativo nem sempre tem suscitado a atenção suficiente da parte dos pesquisadores. É fundamental refletir acerca do fenômeno da educação em saúde, recolocando em jogo os vários saberes que constituem as práticas e as reflexões envolvidas nas relações entre educação e comunicação na área da saúde. Elas não são dadas a priori. Neste cenário, há escolhas a serem feitas acerca dos pressupostos educacionais, das práticas comunicacionais e das concepções de saúde.

Diante disso, impõe-se a pergunta: como será que se forma um profissional da saúde para a realidade do SUS? Como deverá ser o perfil desse futuro profissional? Nesse processo de formação, qual a educação que se quer e que concepção se pretende adotar? Qual a comunicação que se quer e que vertente abordar? Que ser humano se quer formar? Alguém que ouça passivamente, alguém que se revele, alguém que formatize, alguém que analise, alguém que fale, alguém que sinta?

Para que esse profissional tenha, de fato, um papel importante no destino das pessoas, tenha um projeto para essa sociedade e entenda o significado disso no percurso da história, não se pode prescindir de que outros cursos, de que outras capacitações, de que outros saberes?

Na educação, se um educador não se perguntar qual é a sua intenção, o que pretende, qual a finalidade do que faz, ele está fadado a se perder. Para isso, um instrumento fundamental, que não pode se burocratizar, é o planejamento. Planejar o currículo do curso, da disciplina, a trajetória que professores e alunos deverão percorrer é fundamental, pois de nada adiantam perguntas sobre como fazer, que método utilizar, qual estratégia adotar, se não se sabe aonde se quer chegar.

Paulo Freire, no clássico *Extensão ou Comunicação*<sup>6</sup> diz que “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”. Disso decorre um aspecto conceitual importante a ser aqui destacado: tanto a prática da saúde quanto a da comunicação e a pedagógica não são práticas solitárias, e nem podem ser. São sempre práticas compartilhadas.

Outro dado interessante e que merece ser lembrado é a relação que a Educação, a Saúde e a Comunicação estabelecem com a vida, expressa numa das vertentes da Educação, que é a educação popular. Um exemplo bastante elucidativo está na fala de Antônio Cícero de Sousa, o seu Ciço, agricultor mineiro, recolhida por Brandão<sup>4</sup>:

“Agora, o senhor chega e pergunta: “Ciço, o que que é educação?” (...) O senhor faz pergunta com um jeito de quem sabe já a resposta. Mas eu explico assim. A educação que chega pro senhor é a sua, da sua gente, é pros usos do seu mundo. Agora, a minha educação é a sua. Ela tem o saber de sua gente e ela serve pra que mundo? Não é assim mesmo? A professora da escola dos seus meninos pode até ser uma vizinha sua, uma parente, até uma irmã, não pode? Agora, e a dos meus meninos? Porque mesmo nessas escolhinhas de roça, de beira de caminho, conforme é a deles, mesmo quando a professorinha é uma gente daqui, o saber dela, o saberzinho dos meninos, não é. Os livros, eu digo, as idéias que tem ali. Menino aqui aprende na ilusão dos pais; aquela ilusão de mudar com estudo, um dia. Mas acaba saindo como eu, como tantos, com umas continhas, uma leitura. Isso ninguém não vai dizer que não é bom, vai? Mas pra nós é uma coisa que ajuda e não desenvolve.(...) Então vem um e pergunta assim: “O Ciço, o Antônio Ciço, seus meninos tão recebendo educação?” Que seja um padre, que seja o senhor, eu respondo: Homem, uma eles tão. Em casa eles tão, que a gente nunca deixa de educar um filho conforme os costumes. Mas educação de estudo, fora os dois menorzinhos, eles tão também, que eles tão na escola”. Então quer dizer que é assim: tem uma educação - que eu nem sei como é que é mesmo o nome que ela tem - que existe dentro do mundo da roça, entre nós. Agora, tem uma - essa é que se chama mesmo “educação” - que tem na escola.

A fala de Ciço pode ser dirigida a todos os educadores e profissionais da comunicação e da saúde. Ela nos desafia continuamente e nos conduz, necessariamente, a uma séria reflexão: trata-se de transformar uma educação *para* o povo em uma educação *do* povo.

É preciso, no entanto, aclarar alguns aspectos que nos parecem importantes para evitarmos uma postura ingênua, acrítica. É frequente desqualificarmos todo saber que não se identifica com o nosso, isto é, não reconhecemos o saber do outro. O saber que não é o nosso é percebido como sinônimo de ignorância. É preciso (re) conhecer e consequentemente valorizar o saber do outro. Significa,

em outros termos, reconhecer a existência do outro enquanto portador de saberes distintos.

Por outro lado, é fundamental não cairmos no extremo oposto de que “só o povo sabe”, que redundaria no mesmo equívoco da “vanguarda esclarecida” – concepção que fez parte da história do movimento de educação popular e que pressupunha ser possível conduzir o processo de mudança social por meio de uma elite intelectual que falava em nome do povo. Em outras palavras, o educador “não sai de cena, apenas perde o papel principal”, conforme diria Garcia<sup>7</sup>.

Em outras palavras, “a vanguarda esclarecida” apenas ratifica a divisão entre os que sabem e os que não sabem. Estão presentes nessa divisão as relações sociais dominantes em nossa sociedade, expressas nas relações de poder. Nestes termos, essas relações estão inscritas no campo político, econômico e ideológico. Requerem uma discussão mais aprofundada da sociedade e não apenas no nível em que se expressam no campo da educação. Nessa linha de raciocínio, a educação popular está voltada ao fortalecimento do poder das camadas populares, ou seja, um saber que pode ser utilizado diretamente na realização de seus objetivos sociais<sup>4</sup> (p.29).

Sabemos que a Saúde Pública não é responsabilidade exclusiva dos profissionais da área, mas atribuição de toda a sociedade: governos e a mais variada gama de entidades e instituições da sociedade civil. Entendemos que os problemas da saúde são questões também da educação e da comunicação, pois, juntas, podem potencializar uma revolução cultural no sentido de disseminar uma nova concepção da prevenção e da promoção dos valores da saúde.

Como esclarecemos desde o início, a contribuição deste artigo é, essencialmente, a de constituir um mote para o prosseguimento da interlocução. Nele, concentram-se possibilidades de reflexão sobre a inclusão do estudo da Comunicação na formação dos profissionais de saúde e outras indagações como acerca de tipos, meios, métodos e formas de socializar e aplicar a vasta produção da área da Saúde Pública.

É bem possível que, no trajeto dessas e de outras tantas e novas reflexões a que nos propusermos enfrentar, decorram todos os tipos de turbulência. Não faz mal. Só faz bem. Já contou Guimarães Rosa que turbulência é o vento experimentando o que irá fazer com sua liberdade...

### Referências

1. Belloni ML. O que é Mídia-Educação. Campinas: Autores Associados; 2001.
2. Bolle W. A idéia de formação na modernidade. In: Ghiraldelli Junior P, organizador. Infância, Escola e Modernidade. São Paulo: Cortez, 1997.
3. Braga JL, Calazans MRZ. Comunicação e Educação: questões delicadas na interface. São Paulo: Hacker; 2001.
4. Brandão CR. Pensar a Prática : Escritos de Viagem e Estudos sobre a Educação. São Paulo: Loyola; 1980.
5. Citelli A. Comunicação e Educação: aproximações. In: Baccega MA, organizadora. Gestão de Processos Comunicacionais. São Paulo: Atlas; 2002. p. 101-112.
6. Freire P. Extensão ou Comunicação?. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
7. Garcia PB. Saber popular : Educação popular. In: Bezerra A, Garcia PB. Cadernos de Educação Popular 3. Petropolis: Vozes/Nova; 1982. p.33-62.
8. Gohn MG. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. Avaliação das políticas públicas na Educação. 2006 Jan/Mar; 14(50).
9. Ianni O. Enigmas da modernidade-mundo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
10. Lopes MIV. Pesquisa em Comunicação. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2001. p. 63-70.
11. Soares IO. Metodologias da educação para a comunicação e a gestão comunicativa no Brasil e na América Latina. In Baccega MA. Gestão de processos comunicacionais. São Paulo: Atlas; 2002. p. 113-132.
12. Wolf M. Teorias das comunicações de massa. São Paulo: Martins Fontes; 2008. p. 271-272.

# Aprender e praticar saúde – reflexões sobre o novo sanitaria

Emílio Telesi Júnior<sup>1</sup>

## Resumo

A quase unanimidade entre os profissionais de saúde, que afirmam ser prioridade a formação de “novos sanitaria” ou de profissionais para o complexo campo de atuação na saúde pública brasileira, parece apontar em uma direção que não é a mesma que verificamos na prática, visto que, na realidade, esse profissional desapareceu quase completamente do mercado. No momento em que a Universidade e outras instituições voltadas para a formação em saúde, após anos de silêncio, voltam a pensar sobre a formação do sanitaria, é necessário levantar algumas considerações sobre o tema, que leve em conta uma outra forma pedagógica, um modelo de assistência centrado não na doença, mas no cuidado com o ser humano. Esse modelo deve envolver uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de solidariedade e da permanente preocupação com o item central do objetivo terapêutico, favorecendo a reflexão a respeito da apropriação do território local, suas ações cotidianas e compreensão de sua história, seus problemas e as relações que ali se estabelecem entre os distintos grupos sociais, entre os grupos e a comunidade como um todo, e as relações entre esse todo e o mundo que o cerca.

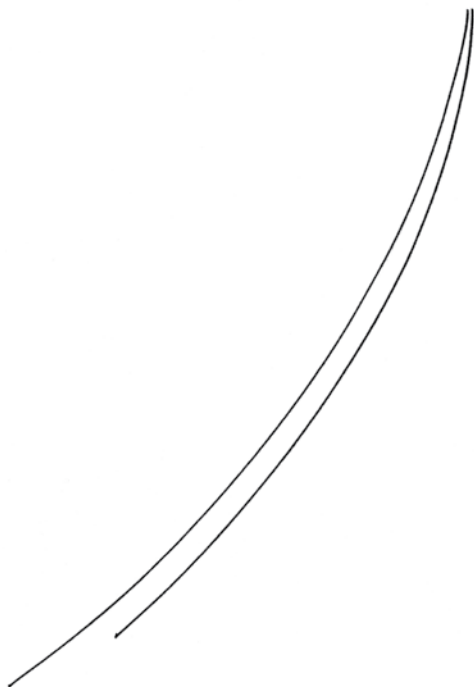
**Palavras-chave:** Formação sanitária; modelo pedagógico; territorialização

## Abstract

The nearly unanimous opinion among the health professionals who affirm having the qualification of “new sanitarians” or professionals as a priority for the complex field of operation within the Brazilian public health, seems to point at a direction different from what we notice in practice, for, in fact, this professional have nearly vanished completely from the market. In the moment the University and other institutions faced to the health qualification, after years of silence, go back to thinking about the sanitarian qualification, it is necessary to investigate certain considerations concerning the theme, which considers another pedagogical approach, a assistance model that is not faced to the disease but to the care with the human being. This model shall comprise a more appropriate understanding of the subjectivity of the suffering beings, the necessity of solidarity and the permanent preoccupation with the central item of the therapeutic goal, favoring the reflection as to the appropriation of the local territory, its daily actions and understanding of its history, its problems and its relations established thereon among the distinct social groups, among the groups and the community as a whole, and the relations between such whole and the world surrounding it.

**Key-words:** Sanitarian qualification, pedagogical model; territorialization

<sup>1</sup> Emílio Telesi Júnior (emiliojr@isaude.sp.gov.br) é médico, especialista em Medicina do Trabalho, Medicina Tropical, Medicina de Saúde Pública e Planejamento em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Medicina Chinesa pela Associação Médica Brasileira, é mestre em Medicina Preventiva e doutor em Serviços de Saúde (USP). Atualmente é Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e médico do Centro de Saúde Escola da FMUSP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Cidadania, Modelo de Atenção em Saúde e Planejamento em Saúde.



**E**m relação há alguns anos, hoje é mais difícil saber quem é e qual o papel do sanitarista, pois nem mesmo sabemos se ainda existem sanitaristas. Entretanto, há quase unanimidade entre os profissionais de saúde que afirmam ser prioridade a formação de “novos sanitaristas” ou, dito de outro modo, de profissionais para o complexo campo de atuação na saúde pública brasileira. Porém, parece que, na realidade, a prática tem sido outra, uma vez que esse profissional desapareceu quase completamente do mercado. Dado que a Universidade e outras instituições voltadas para a formação em saúde, após anos de silêncio, voltam a pensar sobre a formação do sanitarista, ouso levantar algumas considerações sobre o tema.

Para a formação de profissionais em saúde coletiva é necessário pensar uma outra forma pedagógica e também:

“o político-institucional, da formação de recursos humanos para atuação na área biomédica em seus diversos níveis: técnico, administrativo e de planejamento. Deve-se destacar aí a questão da perda progressiva da capacidade de escolas ou faculdades da área de atenção à saúde para formar profissionais aptos para resolver, ou mesmo equacionar problemas de saúde/doença de grande parte da população, sobretudo nos países de grandes desigualdades sociais (...)”<sup>5</sup> (p.46).

Trata-se de uma preocupação legítima em termos de atenção à saúde coletiva, além de passo necessário,

porquanto é relativamente fácil constatar que tanto o ensino quanto a formação dos alunos nos cursos das ciências da saúde veem o modelo de assistência centrado na doença e não no cuidado com o ser humano<sup>3</sup>.

Aprender e praticar saúde, como sabemos, envolve uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de compreensão, solidariedade e permanente preocupação com o cuidado como o item central do objetivo terapêutico. Trata-se de fato de uma moção necessária, ainda que polêmica, pois a noção de efetividade teria que deslocar-se de uma análise quase que predominantemente quantitativa para uma percepção de qualidade aplicada.

Com muita frequência somos induzidos a pensar sobre a importância de nós, profissionais de saúde, estabelecermos o melhor diálogo com os indivíduos ou comunidades, para que possamos, de modo mais adequado, transmitirmos nossos conhecimentos e ou aptidões, para o que se convencionou chamar, de modo tão revelador, por população-alvo. Alguns autores<sup>2</sup> entendem ser necessário rever essa postura tradicional, uma vez que costumamos ignorar o diálogo no qual nós estamos inseridos. O autor nos leva a refletir sobre o que efetivamente queremos dizer quando pensamos sobre saúde, para a vida enfim. Sem rever essa posição estaríamos condenados a repetir o equívoco de entender saúde pela negação da doença.

É preciso que hoje adotemos modelos pedagógicos que acolham a subjetividade e optem por uma perspectiva mais antropocêntrica para suas interferências. Seriam, portanto, novos modelos de ensinar e praticar saúde, centrados em sujeitos e não em doenças. Esta seria uma pedagogia da implicação, isto é, identificada com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo:

“Micropolítica que se ocupa da desindividualização, de encontrar os processos de subjetivação que devem ser desfeitos, a fim de buscar o novo, o que está emergindo de forma inédita ou a atualidade. Para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades (processo de subjetivação capturado pelos instituídos submetidos pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) e a reconfiguração das formas e figuras do ser (perpetuar a força de germinação e gênese do vivo). Efeitos de subjetivação emergem das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação emerge como aprendizagem significativa a invenção de si. Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições” (Merhy *apud* Ceccim<sup>4</sup>, p. 176).

Deste ponto de vista, penso que o debate, a comunicação entre distintas correntes a respeito da formação do “novo sanitarista”, poderia se constituir em sólido alicerce, fundamental para manter a continuidade da *tensão criativa* entre diferentes concepções a respeito da formação de profissionais para a saúde pública. Essa discussão poderia contribuir para a construção de um novo perfil do profissional da saúde pública, mais apto a enfrentar os desafios e problemas ligados à complexidade da vida moderna. Diante desse deslocamento necessário de olhares na ciência – para dentro e para fora –, precisamos fazer renascer conhecimentos que revelem as ligações, as articulações, a solidariedade, as interdependências, as implicações, e a complexidade em nosso objeto de estudo – a formação do profissional para o campo da saúde coletiva, que possa refletir sua prática sob uma nova luz. Para tanto, há que se construir um novo “fazer pedagógico” que seja ao mesmo tempo apropriação e produção de conhecimentos, que questionem os atuais conceitos, as tecnologias e os aspectos sócio-político-culturais que permeiam a saúde pública.

O primeiro passo de modelo pedagógico, o ponto de partida, pressuponho, é a apropriação do território local, ao refletir a respeito de suas ações cotidianas e buscar compreender sua história, procurando entender seus problemas e as relações que ali se estabelecem entre os distintos grupos sociais, entre os grupos e a comunidade como um todo, e as relações entre esse todo e o mundo que o cerca.

Para que possamos assumir esta recente tendência de trabalho em saúde, é necessária tanto a compreensão do sentido do termo território quanto a apropriação de determinados instrumentais metodológicos voltados para o processo da territorialização em saúde. Para efeito desta abordagem, ficaremos apenas em algumas considerações teóricas.

Se atentarmos para o noticiário da grande imprensa, seja nas rádios, nas televisões ou nos jornais, ou mesmo nas conversas informais com amigos, em casa e no trabalho, notaremos que a discussão contemporânea sobre o tema contempla três grandes tópicos:

**A.** O primeiro diz respeito à *Cultura*, entendida como um bem a ser preservado para garantir a expressão das potencialidades inatas do ser humano. Nesse caso, a Cultura é definida como espaço (território) que organiza as relações sociais, e que permite à pessoa ser vista enquanto ser social e dotado de afetos. Por preservar as origens e contribuir para a coesão da sociedade, a cultura desnuda as estruturas e as interações sociais. Revela, dessa forma, as nossas origens e aponta para a direção futura. A história permite-nos pensar os efeitos transformadores do tempo, tanto no sentido retrospectivo, quanto no prospectivo. O pensamento histórico leva-nos ao desprendimento do imediatismo do presente e capacita-nos a pensar o que está por vir. Assim, mostra nossa responsabilidade diante do tempo e nos leva a agir considerando as gerações futuras, a coesão da sociedade, os valores socioculturais e a preservação dos recursos do meio. Dessa forma, o espaço da cultura permite-nos compreender a realidade e incita-nos a inventar o futuro com os nossos sonhos. Ao criarmos e recriarmos nossas próprias imagens inventamos novas utopias e mudamos a nós mesmos, para, em seguida, reinventarmos uma nova sociedade. Hoje, depois dos últimos conflitos que vêm abalando toda a humanidade, a cultura mais do que nunca é o valor que revela, preserva e projeta uma nova realidade, que visa garantir os direitos universais e nossa condição de seres humanos.

**B.** O segundo grande tema da atualidade é o das *Políticas Públicas*. Essas nascem para responder aos problemas, aos conflitos e às contradições que emergem em quaisquer sociedades. Daí advém o conceito de Estado e seu papel de equilibrar e harmonizar a sociedade que o contém. De forma geral, as sociedades estão divididas originariamente entre o desejo dos grandes de comandar e oprimir, e o desejo do povo de não ser comandado e nem oprimido. Assim, o papel do Estado e de seu governante seria legitimado como aliança necessária entre o desejo do povo e a contenção dos poderosos. O sucesso dessa aliança dependeria, principalmente, não do caráter de cada indivíduo, mas, da qualidade das instituições, das políticas públicas e das leis que as regem.

**C.** O último grande tema da atualidade é o *Território*, onde se expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas. Em geral, define-se o território como o cenário estabelecido por sujeitos sociais em contínuo processo de interação, onde os problemas se confrontam com os serviços prestados e onde as necessidades geram as responsabilidades das autoridades constituídas.

A história contemporânea recoloca a questão do território numa posição central, pois o lugar é cada vez mais artificial e menos natural, fruto das ações do homem sobre os espaços, auxiliados por técnicas e racionalidades. Essa é uma das principais razões para aprendermos a lidar com o território.

O território é fundamentalmente prática, é o ponto de partida, a essência para todo planejamento e mudanças das práticas em saúde. Isto porque, o território não exclui ninguém, pois é onde o ser humano tem sua vivência integrada. Assim, o território inclui a tudo e a todos. É uma perfeita rede de relações mútuas onde todas as coisas e eventos interagem de forma infinitamente complexa.

A perspectiva do território permite-nos repensar as práticas de saúde e a ruptura com as atividades convencionais estabelecidas, pois, o que está em jogo na lógica da construção desta nova Unidade de Trabalho – o território –, é a busca de respostas aos principais problemas que entram em cena. Sob a perspectiva do território, poderemos compreender melhor as aspirações da comunidade, uma vez que o enfoque tende a ser a resolução de problemas. Pode-se ver desde o início que são exigidas ações interdisciplinares, uma vez que

a identificação de problemas gera dados de interesse para múltiplos setores de atuação social. A perspectiva do território, sendo de interesse para a gerência pública como um todo, por tratar da coisa pública, favorece o aprimoramento dos mecanismos de participação social, da democracia direta, da redistribuição dos recursos, e, desta forma, dependendo do grau de envolvimento e desenvolvimento da comunidade, a apropriação do território pode contribuir, inclusive, para a promoção da equidade, uma vez que a aplicação e uso dos recursos públicos devem ser vistos e revistos continuamente.

Profissionais de saúde de diferentes formações, representantes da sociedade civil e de outros setores sociais deverão ser envolvidos no mesmo processo de trabalho, o que terminará por favorecer a abertura do setor saúde às outras áreas de atuação comunitária, e à integração intersetorial. A perspectiva do território está, desse modo, colada às especificidades daquilo que se deseja conhecer, ou seja, as características e determinações singulares do espaço local. Espaço que vai além da mera superfície geográfica, pois inclui perfis demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e existenciais.

Pensar o território é apreender a totalidade das relações humanas, inclusive aquelas existenciais, que estabelecemos com o nosso próprio eu-interior, uma vez que territórios são configurações que atravessam terras e grupos sociais os mais variados. São, portanto, transversais, transculturais.

Na opinião de Alves<sup>1</sup>:

“(...) talvez uma das necessidades mais profundas do ser humano seja o lugar, o espaço. Não apenas o espaço físico, mas também o espaço existencial. Espaço para pensar, falar, ouvir, desejar, ver, sonhar, trabalhar, enfim, espaço de prática de cidadania, lugar de respeito aos direitos sociais, civis e políticos, lugar de identidade de direitos. Esse espaço é parte do corpo, é parte do ser humano. Quando é invadido, o corpo estremece com a fúria que leva à luta ou com o medo que faz fugir. Da mesma forma que muitos animais, porém de outra maneira, nós humanos demarcamos nossos espaços. De outra forma. Nós criamos símbolos. Para o ser humano, o símbolo que marca o espaço/corpo/espaço é o jardim. Quando esse espaço é destruído a sociedade é corrompida. O jardim precisa ser protegido. Fora dos muros que o cercam, há o espaço selvagem, ainda não moldado pelo desejo de vida, de equilíbrio, beleza e estética que mora nos corações dos humanos.



Política pública é a arte de criar e transformar em jardim o espaço selvagem. É a arte da jardinagem do espaço público, imprescindível para que a vida e a convivência humana possam acontecer. Tudo mais é acessório”.

O processo de territorialização em saúde pressupõe, enfim, uma educação permanente em ato, uma vez que, no território, os envolvidos poderão produzir conhecimento, permitir sua reelaboração e criar novas maneiras de aprender e praticar saúde pública. O território propicia a quebra da falta de diálogo existente entre as diferentes categorias profissionais. Hoje, cada um em sua formação de especialista, status, desgaste, espécie de “escravidão contemporânea” e, mais recentemente, influenciado pela terceirização, fica enredado na complexa burocracia do Estado e não consegue vislumbrar o seu papel “no todos nós”, isto é, no campo de atuação da saúde coletiva. Interessante que o território é ponto de partida e também ponto de chegada, pois uma hora temos que mostrá-lo, sem nunca estar pronto. Mostrar o inacabado, o desigual, o imperfeito. Por isso mesmo, sempre um processo em construção e reconstrução, de nossas práticas, de nossos saberes.

#### Referências

1. Alves R. Senhoras prefeitas, senhores prefeitos. Folha de São Paulo 2001 Janeiro 01; p. A3.
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc saúde coletiva 2001; 6(1): p. 63-72.
3. Canesqui AM. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000.
4. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface comun saúde educ. 2004 Set/2005 Fev; 9(16): p. 161-77.
5. Luz TM. Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2003.

# Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins<sup>1</sup>

Mario Alfredo De Marco<sup>II</sup>

## Resumo

Este artigo tem como objetivo básico contribuir para as reflexões a respeito dos processos comunicacionais para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no que tange à Humanização, tomando como base a vivência dos autores como participantes do processo de implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a experiência como pesquisadores e assessores em serviços de saúde nos últimos anos. Em primeiro lugar, é feita uma revisão sintética sobre os documentos oficiais relativos ao PNHAH e à Política Nacional de Humanização (PNH). A seguir, colocam-se alguns aspectos relativos à problemática da comunicação nos serviços de saúde. Em continuidade, relacionamos a competência comunicativa com a formação e desenvolvimento de atitudes. São tecidas recomendações para os processos de sensibilização/capacitação dos trabalhadores do SUS.

## Abstract

This article's underlying goal is to contribute for the reflections towards the communicational processes for the workers of the Sistema Único de Saúde (SUS - Brazilian Unified Health System), specifically in regards to Humanization, being based on the author's experience as participants in the implementation process of the (PNHAH - Domestic Humanization and Nosocomial Assistance) and the experience as researchers and consultants of health services for past few years. First, a synthetic review is performed on the official documents regarding the PNHAH and the National Humanization Policy (PNH). Then, certain aspects regarding the problematic issues pertaining to the communication within the health services are approached. Subsequently, relate the communicative competence with the constitution and development of attitudes. Recommendations are spoken for the sensitization/qualification processes of the workers who are part of SUS.

**Palavras-chave:** Humanização; processos comunicacionais; capacitação

**Key-words:** Humanization; communicational processes; qualification

<sup>1</sup> Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (mcezira@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Mario Alfredo De Marco (demarco@psiquiatria.epm.br) é médico psiquiatra e doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde é professor associado do Departamento de Psiquiatria.



No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e organizar propostas até então esparsas. A intenção era a de influenciar/modificar o predomínio dos aspectos científico-tecnológicos sobre os aspectos humanístico-interacionais<sup>6, 11, 14</sup>. Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em lugar de *programa*, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede<sup>5</sup>.

Para o desenvolvimento de trocas solidárias no processo de humanização, um desafio a ser enfrentado é o que se refere à comunicação<sup>12</sup>. O diálogo entre os vários setores e segmentos (profissionais, gestores, usuários) envolvidos no trabalho institucional é um passo importante para a melhoria da qualidade das condições de trabalho e atendimento aos usuários<sup>15,16</sup>. Há vários contextos em que a comunicação tem grande relevância<sup>18</sup>:

- na relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde;

- na disponibilização e uso de informação sobre saúde;
- na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de programas de promoção da saúde;
- na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- no tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais;
- na formação dos profissionais de saúde;
- nas relações entre os profissionais de saúde;
- nas intervenções públicas dos técnicos de saúde;
- na comunicação interna nas organizações de saúde;
- na qualidade do atendimento dos usuários por parte de funcionários e serviços.

Para uma análise do contexto em que se dá a comunicação entre o profissional e o paciente, é preciso considerar, além de fatores relativos à estrutura do serviço (como por exemplo, local apropriado para consultas), as agendas distintas de preocupações desses personagens<sup>18</sup>. Para os profissionais, a agenda tende a ser do seguinte tipo: *Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames são necessários fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias?* Para os usuários, a agenda tende a ser: *Por que eu? Por que agora? Qual a causa disto? O que é que pode acontecer comigo? O que é*

que os profissionais vão fazer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho?

Diante dessas agendas tão diferentes, percebe-se a importância de uma tentativa de ajuste comunicacional entre o usuário e o profissional.

### O usuário

No que tange aos estudos com usuários de serviços de saúde, um termo tem sido utilizado: “health literacy”<sup>2, 8</sup>. Para abordar a questão da “health literacy” — que tem sido traduzida, em nosso meio, como alfabetização em saúde — é necessário abordar o termo “literacy”, que vem sendo utilizado em diferentes áreas do conhecimento, no trabalho, na educação e na saúde. A UNESCO<sup>19</sup> define “literacy” como a habilidade de uma pessoa identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e utilizar material escrito e/ou impresso associado a vários contextos. Essa habilidade envolve uma aprendizagem contínua, de tal forma a poder resolver problemas e funcionar no trabalho e em sociedade, atingindo metas próprias e desenvolvendo seu potencial de conhecimento. Em Portugal, existe o termo “literacia”. Benavente<sup>4</sup> ressalta que “literacia” é diferente de alfabetização. “Literacia” não é apenas a capacidade de ler ou escrever, mas, sobretudo, a habilidade de utilizar e processar a informação da linguagem escrita para um determinado objetivo da vida cotidiana. Em outras palavras, “literacia” não se restringe a saber ler ou escrever, mas sim ao uso do conhecimento da leitura e da escrita numa atividade específica do dia-a-dia. Refere-se justamente ao uso da leitura e da escrita para um contexto específico do cotidiano e não apenas à decodificação da linguagem escrita. Benevente<sup>4</sup> chama a atenção para o fato de que o conceito de literacia centra-se no uso de competências e não na sua obtenção; assim, torna-se mais clara a distinção entre níveis de literacia e níveis de instrução formal. Isto significa, por exemplo, que se pode ter um nível de alfabetização que pode (ou não) ser correlacionável a um nível específico de literacia.

Levando em conta essas considerações, acreditamos que a melhor tradução para “health literacy” seja “alfabetização funcional em saúde”, termo esse que será utilizado neste texto.

A Associação Médica Americana (AMA) define alfabetização funcional em saúde como a capacidade de obter, processar e compreender informação básica em saúde necessária à tomada de decisões apropriadas e que apoie o correto seguimento de instruções terapêuticas. A AMA

reconhece que a maioria da população americana não é alfabetizada funcionalmente em saúde, o que leva a erros frequentes no uso de medicações, à não procura de ajuda médica quando necessário e à dificuldade em assumir hábitos de vida saudáveis<sup>11</sup>. Alguns autores chamam a atenção para o fato de que muitos usuários de serviços de saúde não conseguem desempenhar as tarefas básicas requeridas para funcionar num cenário de cuidados em saúde<sup>21</sup>.

A alfabetização funcional em saúde inclui a habilidade de compreender instruções em embalagens de medicamentos, marcação de consultas, folhetos de educação médica, orientação do médico, termos constantes dos consentimentos informados. Requer um grupo complexo de habilidades de leitura, escuta, análise e tomada de decisões e a capacidade de aplicar estas habilidades às situações de saúde. Algumas das tarefas básicas requeridas incluem: avaliar qualidade e credibilidade de informações, analisar riscos e benefícios relativos, calcular doses, interpretar resultados de exames ou localizar informações em saúde (o que hoje em dia pode também incluir a habilidade para a busca na Internet e a avaliação dos sites da rede)<sup>17</sup>.

É comum que os usuários não relatem ao médico quando não entenderam alguma palavra ou expressão referente ao diagnóstico e/ou tratamento. Sentem-se envergonhados e com receio de se expor. Davis<sup>8</sup> ressalta que, por isso, o problema comunicacional fica sem visibilidade, tornando-se, assim, uma falta de habilidade oculta (“hidden disability”).

Estudo de Bass e cols.<sup>2</sup> com residentes de medicina mostrou que eles tendiam a superestimar a alfabetização funcional em saúde de seus pacientes, tendendo a tratá-los como se eles estivessem compreendendo suas informações e orientações e nem supondo que isso poderia não estar acontecendo. O estudo revelou ainda que uma parte significativa desses residentes não tinha habilidade para interagir com esses pacientes, podendo, com isso, aumentar a possibilidade de efeitos adversos dos tratamentos.

Numa ampla revisão no campo, para examinar as razões e as consequências da alfabetização funcional insuficiente em saúde, caracterizar suas implicações para pacientes e médicos e identificar questões de política e pesquisa, o Committee on Health Literacy da AMA<sup>7</sup> constituiu uma comissão de 12 membros ligados às diversas áreas: medicina clínica, serviços de pesquisa em medicina e saúde, educação médica, psicologia, alfabetização de adultos, enfermagem e educação em saúde. A partir da revisão de

216 artigos publicados entre 1966 e 1998, os membros da comissão concluíram que: pacientes com alfabetização funcional inadequada em saúde têm um conjunto de dificuldades de comunicação que podem interagir para influenciar a evolução em saúde; esses pacientes reportam pior estado de saúde e têm menor compreensão sobre suas condições médicas e tratamentos; têm aumentado o risco de hospitalização; apresentam problemas na adesão ao tratamento e na adaptação psicológica à doença.

Não temos, no Brasil, informações sistematizadas sobre a prevalência deste problema e de suas consequências, mas podemos inferir, com alguma segurança, que estamos diante de um problema de grande magnitude. Uma das vertentes a serem trabalhadas, nos processos comunicacionais em saúde, é a do empoderamento (empowerment) dos usuários. No âmbito dos serviços, trata-se de aumentar o seu nível de participação, ajudar a identificar as preocupações, incentivá-los a fazer — antes da consulta, exames ou tratamentos — uma lista do que querem falar; assegurar-se que conseguem fazer as perguntas que querem/precisam fazer. No âmbito da comunidade, trata-se de contribuir para o desenvolvimento da informação em saúde, através de atividades nas escolas, nos locais de trabalho, nos grupos comunitários e, ainda, de aumentar o acesso à Internet, o que é essencial para aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como o contato com técnicos e serviços de saúde.

### O profissional

Com relação à capacitação comunicacional dos profissionais de saúde, a pergunta a ser respondida pode ser assim formulada: quais seriam os conhecimentos, habilidades e atitudes considerados essenciais para serem desenvolvidos e incorporados na formação do profissional de saúde? De Marco<sup>9, 10</sup> descreve alguns:

#### a) Observação

Esta é uma capacidade básica da qual dependem todas as demais. A observação exige antes de tudo *presença*; não basta estar presente fisicamente junto ao outro, tendo a atenção voltada para pensamentos, lembranças, etc; só uma presença efetiva e atenta possibilita uma observação adequada. Todos nós estamos carregados de imagens prévias, que são o resultado de uma série de experiências e também de nossos desejos e necessidades. Temos imagens sobre tudo e sobre todos. Para aperfeiçoar o processo de observação, é importante tentar não confundir as

imagens (prévias e pessoais) com a pessoa real que está à nossa frente. Observar o que acontece conosco, também pode ser muito útil. As impressões, sensações e emoções despertadas pelo contato com os usuários podem ajudar, quando adequadamente interpretadas, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual estamos em contato e qual a natureza da ligação que está se estabelecendo. É importante ter presente que, se observarmos mal, vamos perceber e nos comunicar mal — aproximando-nos do monólogo e nos distanciando do diálogo — pois vamos interagir com nossas impressões e imagens pré-concebidas e não com o interlocutor à nossa frente.

#### b) Identificação das Perspectivas

A capacidade de identificar diferentes perspectivas é um complemento da capacidade de observação. É a percepção de que não existe uma forma única de vivenciar determinada realidade. Por exemplo, a noção e as vivências que o usuário vai ter sobre sua doença são próprias dele (dependem de sua constituição, de sua história, etc e seguramente são diferentes das noções e vivências do profissional) e é muito importante que o profissional procure conhecer e respeitar essa perspectiva.

#### c) Continência

Continência é a capacidade de permanecer com *aquilo que é*, sem tentativas prematuras (geralmente em função de ansiedade) de se “resolver” ou se “livrar”. Por exemplo, poder permanecer com dúvidas diagnósticas; poder permanecer em contato com estados emocionais do paciente (tristeza, raiva etc.); poder permanecer em contato com os próprios estados emocionais.

#### d) Empatia

A empatia está muito associada à capacidade de continência. É a capacidade de se identificar com o outro, conseguindo se aproximar do que a outra pessoa está experimentando e expressar (verbal ou não verbalmente) solidariedade emocional. Por exemplo, poder permanecer junto a um paciente que está triste comunicando de alguma forma que aceitamos e compreendemos este seu estado.

#### e) Conhecimento dos diferentes canais de comunicação

A partir do referencial das teorias comunicativas, é importante ter presente que a linguagem verbal é uma forma evoluída de comunicação, que funciona lado a lado com

outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais) ou de natureza distinta (escrita, pintura, música).

A linguagem verbal tem um *conteúdo* e um *corpo*. Este é denominado paralinguagem e se refere ao som ou qualidade de voz que acompanha a fala (altura, tom e ritmo). A paralinguagem revela muito sobre a situação que a pessoa que fala se encontra.

A linguagem não-verbal compreende várias formas e canais de expressão. Os principais são: as expressões, gestos, contato visual, posturas corporais (cinésica) e uso do espaço, distâncias, território (proxêmica).

Tanto a paralinguagem como a linguagem não-verbal são de grande importância no processo de comunicação, por isso a relevância da percepção das inconsistências entre os dados verbais e os não-verbais. Estes últimos costumam ser mais confiáveis. Por exemplo, uma pessoa que diz que tudo está bem, chorando ou com os olhos marejados, está em conflito, tentando manter distantes as emoções que acabam por se manifestar por meio da linguagem não-verbal.

Dados interessantes podem ser observados ao olharmos o rosto e os movimentos corporais de uma pessoa. Comumente, as emoções e pensamentos se refletem nos traços fisionômicos. Assim, pode-se observar a testa se enrugando, as pálpebras abaixarem, os olhos ficarem velados, as mãos agitadas, tremendo, as pernas inquietas. São sinais que indicam dúvidas, ansiedade, tristeza, impaciência, dentre outros sentimentos. Daí a importância de o profissional de saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para, posteriormente, poder estabelecer diagnóstico e plano terapêutico adequado.

#### f) Coerência comunicacional

Quando a comunicação verbal não está coerente com a não-verbal, tanto por parte do paciente como do profissional, pode ocorrer o que Bateson<sup>3</sup> denominou de *dupla mensagem*. A incoerência entre a expressão verbal e não-verbal do profissional de saúde deixa o paciente indeciso sobre qual das mensagens transmitidas é verdadeira e, portanto, qual deve ser considerada.

Abdo<sup>1</sup> oferece uma síntese sobre os padrões e paradoxos da interação, estudados por pesquisadores de Palo Alto<sup>20</sup>, que conceituam *desqualificação* como sendo um padrão de interação que invalida a própria comunicação ou a do outro. São desqualificações os fenômenos comunicacionais caracterizados por:

- declarações contraditórias (afirma-se algo e o seu oposto, concomitante ou subseqüentemente);
- mudanças bruscas de assunto (responde-se algo que nada tem a ver com o assunto em pauta, dando a impressão de não ter ouvido ou presenciado a conversa);
- tangencializações (responde-se insatisfatoriamente, superficialmente, evitando-se o tema central);
- frases incompletas;
- interpretações errôneas a uma dada afirmação (sugerindo falta de sintonia com o interlocutor);
- estilo obscuro (gerando certo grau de confusão entre os comunicantes);
- maneirismo de fala (rebuscamento de linguagem, perdendo-se a objetividade);
- interpretações literais de metáfora (modificando o verdadeiro conteúdo da comunicação);
- interpretações metafóricas de comentários literais (proporcionando ao discurso do outro uma subjetividade não verdadeira).

#### Considerações finais

A conscientização dos profissionais e do público a respeito da questão da comunicação nos serviços de saúde e de sua íntima relação com o processo de humanização precisa ser ampliada, começando com a educação dos estudantes e profissionais de saúde e a promoção de programas que aperfeiçoem as habilidades de comunicação com os usuários. Além disso, medidas que propiciem o empoderamento dos usuários, de forma a aprimorar a alfabetização funcional em saúde, são de extrema importância. Quanto à direção de futuras pesquisas, a recomendação é que o foco deveria estar dirigido para:

- otimização dos métodos para identificação dos usuários com insuficiente alfabetização funcional em saúde;
- desenvolvimento de técnicas efetivas de informação e comunicação em saúde;
- estudos sobre evolução e custos associados com alfabetização funcional em saúde;
- relação entre a alfabetização funcional em saúde e adesão ao tratamento;
- relação entre problemas nos processos comunicativos profissional-usuário e adesão ao tratamento.

### Referências

1. Abdo CHN. Armadilhas da Comunicação: o médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos; 1996.
2. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine* 2002;77(10):1039-41.
3. Bateson G. Double bind. In: Sluzki CE, Ranson DC. Double bind: the foundation of the communicational approach to the family. New York: Grune & Straton; 1976.
4. Benavente A. A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 1996.
5. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001. (Série C, 20).
7. Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA* 1999; 281(6):552-557.
8. Davis TC, Meldrum H, Tippy PKP et al. How poor literacy leads to poor healthcare. *Patient Care*. 1996;30(16):94-108.
9. De Marco MA, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.* [online]. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo111.pdf>. Pré-publicação.
10. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. Bras. Educ. Med* 2006; 30(1):60-72.
11. De Marco MA. A evolução da Medicina. In: De Marco MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
12. Dent S. Illiteracy: 'hidden disability' creates health care confusion. *FP Report*. [online]. 2000; 6(1). [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.aafp.org/fpr/20000100/illiteracy.html>.
13. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comunic. Saúde, Educ.* 2009; 13(supl.1):641-9.
14. Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
15. Nogueira-Martins MCF. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: Deslandes S, organizador. Humanização dos cuidados em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
16. Nogueira-Martins MCF. Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde. *Psychiatry on Line Brazil*. [online]. 199. 2(3). [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>.
17. Office of Disease Prevention and Health Promotion (OEPHP). Health communication. In: Health People 2010. [online] USA; 2000. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>.
18. Teixeira JAC. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. *Aná. Psicológica* 2004; 22(3):615-620.
19. UNESCO. Education Sector. The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs: Position Paper. [online] Paris: United National Educational, Scientific and Cultural Organization; 2004. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf>.
20. Watzlavski P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cultrix; 1973.
21. Williams MV, Parker RM, Baker DW et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 1995; 274(21):1677-82.

# O corpo nas ciências sociais

Maria Elisa Rizzi Cintra<sup>I</sup>  
Pedro Paulo Gomes Pereira<sup>II</sup>

## Resumo

*Este artigo busca se aproximar da discussão sobre o corpo nas ciências sociais. Os debates sobre corpo têm se adensado e complexificado. As abordagens apontam mesmo tratar-se de temática central para se compreender os processos interativos dos sujeitos em sociedade, bem como os fenômenos mais diretamente relacionados à área de saúde. Quando falamos em corpo, uma miríade de possibilidades teórico-conceituais se abre à nossa frente. Essa discussão múltipla, que se faz e se refaz continuamente, esse “objeto-sujeito” fugidío impõe-nos, então, uma escolha. Neste texto, optamos por apenas desenhar os contornos dos debates atuais sobre o tema, bem como apontar, sempre de forma sumária, um esboço de seus efeitos nas ciências sociais. A ideia geral é que essas discussões indicam simultaneamente a existência de “grandes divisores”<sup>9</sup> e aponta para suas superações.*

**Palavras-chave:** Corpo; natureza; cultura

## Abstract

*This article aims at approaching the discussion upon the body within social sciences. The debates on body have become increasingly intense and complex. The approaches really shows it is about the central theme for understanding the interactive processes of the subjects in society, as well as the phenomena more directly linked to the health area. When we mention body, a myriad of theoretical-conceptual possibilities unfolds right in front of us. This multiple discussion, which is performed continuously, therefore, this escaping “object-subject” compels us to make a choice. Within this context, we chose only to draw the contours of the current debates on the theme, as well as to point, always digested form, a draft of its effects on the social sciences. The general idea is that those discussions simultaneously indicated the existence of “great divisors” and points at its overcoming.*

**Key-words:** Body; nature; culture

<sup>I</sup> Maria Elisa Rizzi Cintra (elisa.rizzi@hotmail.com) é psicóloga, com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>II</sup> Pedro Paulo Gomes Pereira (pedropaulopereira@hotmail.com) é doutor em Antropologia e professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).





**E**ste artigo busca se aproximar da discussão sobre o corpo nas ciências sociais. Os debates sobre corpo têm se adensado e complexificado. As abordagens apontam mesmo tratar-se de temática central para se compreender os processos interativos dos sujeitos em sociedade, bem como os fenômenos mais diretamente relacionados à área de saúde.

Quando falamos em *corpo*, uma miríade de possibilidades teórico-conceituais se abre à nossa frente. Essa discussão múltipla, que se faz e se refaz continuamente, esse “objeto-sujeito” fugidio impõe-nos, então, uma escolha. Neste texto, optamos por apenas desenhar os contornos dos debates atuais sobre o tema, bem como apontar, sempre de forma sumária, um esboço de seus efeitos nas ciências sociais. A ideia geral é que essas discussões indicam simultaneamente a existência de “grandes divisores”<sup>9</sup> e aponta para suas superações<sup>11</sup>.

\*\*\*

O corpo vem se firmando como um terreno privilegiado para se entender as disputas em torno de novas identidades, da preservação de identidades históricas,

<sup>11</sup> Grande divisão é o termo utilizado para falar da divisão e oposição entre natureza-cultura. Essa divisão conduz, como vem assinalando autores como Bruno Latour<sup>10, 11, 12</sup> à conclusão de uma natureza universal entendida e dominada – por meio da ciência –, e serve como justificativa para equiparar pensamento moderno, ciência, biomedicina, e verdade universal<sup>11</sup>.

da ascensão de híbridos culturais ou das recontextualizações locais de tendências globais. As polêmicas análises sobre a temática afirmam seu caráter essencial para a compreensão das sociedades contemporâneas. Todavia, diante dessas questões e da multiplicidade de análises, talvez devêssemos, para replicar aqui uma indagação de Miguel Vale de Almeida<sup>1</sup>, insistir numa simples pergunta: de que falamos quando falamos de corpo?

Marcel Mauss (1872-1950) foi o pioneiro a trabalhar sistematicamente o conceito e a buscar responder à pergunta acima. Já em 1926<sup>16</sup>, destacava a relação existente entre os fenômenos fisiológico e social, salientando a importância dessa relação para a interpretação das relações entre indivíduo e grupo. No seu famoso texto sobre as técnicas corporais, defende o valor crucial para as ciências do homem de um estudo das técnicas corporais, definidas como as maneiras pelas quais cada sociedade impõe ao indivíduo um uso rigorosamente determinado de seu corpo<sup>16</sup>. Isto é, por intermédio da educação, das necessidades e das atividades corporais, a sociedade imprime sua marca nas pessoas. Assim, cada conduta tradicionalmente apreendida e transmitida fundamenta-se em certas sinergias nervosas e musculares que constituem sistemas solidários com todo um contexto sociológico<sup>13</sup>.

Na esteira das contribuições de Mauss, Mary Douglas<sup>7</sup>, por sua vez, ressalta que o domínio do corpo social limi-

ta as formas de percepção do corpo físico, isto é, limita a experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais, por meio das quais é conhecida. O corpo reflete e produz um tipo específico de sociedade. Há uma troca constante entre os dois tipos de experiências corporais, isto é, entre a percepção sobre o corpo transpassada pela experiência social, e a experiência física, cada uma reforçando as categorias da outra. Resulta dessa interação que o corpo é, em si mesmo, um meio de expressão extremamente restrito<sup>7</sup>.

Tal dimensão restrita, por exemplo, foi abordada por alguns autores pela ótica das relações de poder que se estabelecem entre as pessoas e as instituições sociais. A questão do poder e da ação política sobre a corporeidade, objetivando o controle dos sujeitos, é um dado central da reflexão das ciências sociais. O corpo ocupa, por exemplo, para tocar em um dos autores que mais enfatizaram as relações entre corpo e poder, uma posição central na obra de Michael Foucault<sup>8</sup>. Esse autor, ao descrever como as sociedades ocidentais inscrevem seus membros nas malhas apertadas do feixe de relações que controlam os movimentos sociais, demonstra que funcionamos como sociedades disciplinares. A disciplina, diferente da coerção, molda um novo tipo de relação, um modo de exercício de poder que atravessa as instituições, fazendo-as convergir para um sistema de obediência e eficácia. O corpo em Foucault<sup>8</sup> é realidade bio-político-histórica, é a expressão e o suporte das relações de poder e saber que se articulam estrategicamente na história da sociedade ocidental. No corpo temos as marcas e sinais sociais que nele se inscrevem, enredado por forças de poder/saber que moldam e constroem a constituição histórico-social do sujeito. O corpo surge, então, como alvo do biopoder e lócus de resistência.

Pierre Bourdieu foi também autor de vasta produção quando tratamos do tema do corpo. Valendo-se do conceito de *habitus* de Mauss<sup>15</sup> (apesar de diferenciá-lo na construção de sua teoria), Bourdieu<sup>2</sup> o define como a repetição de práticas corporais inconscientes e mundanas de natureza social e coletiva e o classifica como um sistema de disposições duradouras, inconscientes e coletivamente dadas que originam a estruturação de práticas e representações. *Habitus*, na obra de Bourdieu<sup>3</sup>, corresponde não só a ações advindas de um aprendizado passado, mas a um sistema de estruturas que sustentam as práticas e as representações que podem ser objetivamente

coordenadas, sem que, por isso, seja necessariamente produto de obediência de regras, mas sim ações coletivamente orquestradas. Cada ator é produtor e reproduzidor de um *modus operandi*<sup>3</sup> (modo de ser no, e em relação ao mundo).

O *habitus* tende, portanto, a conformar e a orientar a ação, mas na medida em que é produto das relações sociais, tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o engendram<sup>3</sup>. É a interiorização pelos atores dos valores e das normas que assegura a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade.

Mais recentemente, Thomas Csordas<sup>5</sup> também concentrou sua investigação no significado de nossa existência como seres corpóreos, indicando que a base conceitual da abordagem para a análise da cultura e do sujeito é a noção de corporeidade. O autor busca construir a noção de corporeidade a partir do exame crítico de duas teorias que trazem o corpo como princípio metodológico, Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) e o mesmo Pierre Bourdieu evocado acima. A problemática de ambos os autores é formulada ao redor de dualidades incômodas. Para Merleau-Ponty<sup>17</sup>, a principal dualidade, no domínio da percepção, é a do sujeito/ objeto, e para Bourdieu<sup>3</sup>, no domínio da prática, a dualidade estrutura/ prática. Os dois autores evocam a corporeidade na tentativa de superação dessas dualidades. O corpo para Merleau-Ponty<sup>17</sup> é um contexto em relação ao mundo e a consciência é o corpo se projetando no mundo, ao passo que, para Bourdieu<sup>2</sup>, o corpo socialmente informado é o princípio gerador e unificador de todas as práticas e a consciência uma forma de cálculo estratégico fundido com um sistema de potencialidades objetivas<sup>5</sup>.

Retomando a noção de *habitus* de Marcel Mauss, Thomas Csordas<sup>6</sup> diz que o termo ocupa lugar equivalente a certa noção de cultura, por ser o responsável pela geração e pela unificação da prática de modo sistemático. Nele estão as condições objetivas de vida e a totalidade das aspirações totalmente compatíveis com essas condições. Partindo da premissa metodológica de que o corpo não é um objeto a ser estudado em relação à cultura, mas é o sujeito da cultura, o autor alega que o corpo não deveria ser considerado objeto, mas algo subjetivo, o solo existencial da cultura<sup>5</sup>.

Nesse sentido, pensando numa “antropologia da experiência”, inspirada por Wilhelm Dilthey, Thomas

Csordas<sup>5</sup> argumenta que a experiência tem caráter primordial, a realidade só existe em fatos da consciência dados pela experiência interna. A experiência não é vista apenas como cognição, mas também sentimento e expectativas, e não acontece só verbalmente, mas também por meio de imagens e no domínio da intersubjetividade<sup>1</sup>. A corporeidade está situada no nível da experiência e não do discurso. Corporeidade é compreender ou fazer sentido, às vezes de modo pré-reflexivo ou mesmo pré-simbólico, mas não de um jeito pré-cultural<sup>6</sup>. O “eu” seria um processo indeterminado de ser orientado no mundo, ou todo um processo no qual, aspectos do mundo são tematizados em diferentes *gestalts* e, posteriormente, representados (objetivados) como uma pessoa com uma ou mais identidades<sup>5</sup>.

Inserido no mesmo cenário, mas numa perspectiva diferente, Terence Turner<sup>20</sup> sustenta que o conceito corpo não pode ser apenas biológico. Por meio da educação e do convívio social, as atividades são mediadas como formas culturalmente partilhadas de significados. Turner<sup>20</sup> adverte que algumas abordagens do corpo ignoram, ou não reconhecem, a natureza social do corpo, nem o caráter primário do corpo como atividade material, a favor de um corpo como objeto conceitual do discurso, elevando o corpo ao lugar ocupado pelo sujeito (agente e indivíduo social). Para o autor, o corpo preencheu o vácuo criado pelo esvaziamento do conteúdo social, cultural e político da teorização da condição humana na era pós-moderna. A corporalidade tem, de fato, importância como categoria unificadora da existência humana, assim a apropriação social da corporalidade nada mais é do que o protótipo de toda a produção social da pessoa<sup>20</sup>.

Outra área de reflexão importante nas abordagens sobre corpo é a “memória social incorporada”. Paul Connerton<sup>4</sup> cita dois tipos de prática social que garantem a memória social: a incorporação e as práticas de inscrição. A memorização refere-se às posturas culturalmente aprendidas, já o alfabeto é uma prática de inscrição. Tomando como exemplo o conceito de técnicas corporais de Mauss<sup>16</sup>, Connerton<sup>4</sup> diz que as técnicas envolvem uma combinação de memória-cognitiva (inscrição) e de memória-hábito (incorporação). O hábito, então, é mais do que uma consciência e técnica, refere-se às disposições afetivas incorporadas, não só pela via cognitiva, mas como um conhecimento e uma memória

existente no corpo<sup>4</sup>. Esse aspecto de incorporação se mostra fundamental para os processos comunicativos e de interação entre sujeitos.

\*\*\*

Até este momento, estivemos abordando autores que afirmam a importância e relevância do corpo. Em todas as análises, a discussão sobre corpo e corporeidade acaba por relevar uma questão subjacente, que os autores tocam, ora diretamente, ora de forma oblíqua. Trata-se da “grande divisão” natureza X cultura. Embora autores como Bruno Latour<sup>12</sup> tenham se dedicado extensamente ao tema, talvez, quem mais tenha desenvolvido e apontado formas diferentes de perceber a divisão cultura e natureza seja Eduardo Viveiros de Castro. Em um texto que inaugura a discussão sobre o corpo nas sociedades ameríndias, Viveiros de Castro<sup>21</sup> ressalta como o corpo humano precisa ser submetido a processos intencionais e periódicos de fabricação das transformações corporais, implicando um conjunto de intervenções sobre as substâncias que conectam o corpo ao mundo (sangue, sêmen, saliva). O social não se deposita sobre o corpo, mas o constitui. A fabricação é a criação do corpo humano. Aquilo que distingue e os indivíduos, o que os identifica, são os seus corpos<sup>21</sup>. O corpo é fabricado por meio de rituais, reclusões, ações. E são as metamorfoses do corpo, que concretizam as transformações e constituem a pessoa.

Esse texto de Viveiros de Castro é importante, na medida em que já anunciava algo que se consubstanciaria nos trabalhos subsequentes do autor sobre o perspectivismo ameríndio. O perspectivismo sustenta que, nas cosmopolíticas ameríndias, a humanidade não está restrita aos seres que nós compreendemos como humanos, mas também aos animais e às plantas. Humanidade deve ser entendida como uma capacidade reflexiva, ou seja, tanto o meu ponto de vista quanto o de outro animal operam da mesma forma e agenciam modos reflexivos de ser e agir, embora cada ponto de vista remeta a um mundo completamente distinto<sup>21</sup>. O perspectivismo assinala, então, a possibilidade de ser afetado por mundos distintos, dependendo da perspectiva em que se está incorporado. O corpo entra como grande diferenciador entre as espécies. A singularidade do sujeito é dividida entre corpo e alma – esta última, diferentemente da visão ocidental, é compartilhada entre todas as espécies, unificadora das espécies, portanto; mas, é o corpo que vai definir a perspectiva. Para os ameríndios, o referencial comum a todos os seres da natureza não é o homem como espécie, mas

a humanidade como condição. Gente ou Pessoa é o sujeito que tem alma, e tem alma quem é capaz de ter um ponto de vista. Será sujeito quem se encontrar ativado ou agenciado pelo ponto de vista<sup>21</sup>. No perspectivismo, as perspectivas devem ser mantidas separadas. Todos os seres veem o mundo da mesma maneira, o que muda é o mundo que eles veem, ou seja, não são diferentes representações de um mesmo mundo<sup>V</sup>.

Diferente da concepção ocidental Multiculturalista: natureza e cultura não assinalam regiões do ser, mas configurações relacionais e pontos de vista. A distinção entre natureza e cultura, assim, não pode ser utilizada para descrever dimensões internas de cosmologia não ocidentais<sup>21 V</sup>.

\*\*\*

Neste texto, procuramos fazer somente um desenho em traços bem largos de uma discussão que cada vez se adensa e complexifica. Não se pretendeu esgotar a ampla discussão sobre corpo no campo das Ciências Sociais, mas apenas apresentar um breve panorama da diversidade teórico-conceitual que considera as diferentes formas de sentir, ver e compreender o corpo. A intenção foi apenas pincelar autores para dar um quadro bem geral da discussão. Caberia, ainda e para continuar nessa multiplicidade de abordagens, observar, por exemplo, como o corpo vem sendo chamado para a discussão de gênero e sexualidade<sup>4</sup>, entre outros. Como alertamos no início, era necessária uma escolha.

De qualquer forma, este texto procurou ressaltar a importância da temática na atualidade, bem como o papel que vem tomando a discussão sobre o corpo nos debates contemporâneos. Em realidade, esse breve panorama nos permite perceber como o corpo vem sendo chamado para responder dimensões importantes da sociedade, e convocado a resolver os dilemas

de nossas dicotomias infernais (objetivo X subjetivo; natureza X cultura). O corpo surge mesmo como forma de resistência às Grandes Divisões.

Evidentemente, trata-se de uma trajetória complexa e ainda por resolver. Por exemplo, uma das expressões frequentemente utilizadas na área é “corpo como suporte simbólico”. O campo semântico para o vocábulo *suporte* remete a: aquilo que suporta ou sustenta alguma coisa; aquilo em que algo se firma ou assenta; material que serve de base; material capaz de receber e conservar a inscrição de um texto. O corpo aparece aqui como algo que “suporta” o simbólico, ou seja, como anterior ao signo. Existe, pois, uma postulação do corpo como algo que suporta, onde se assenta, (a base de, o material de) seus significados. Essa enunciação, no entanto, *produz o corpo* – esse mesmo corpo que se afirma ser precedente ao signo. Aqui, a sintaxe expressa uma disputa entre o desejo de escapar daquela divisão corpo (natureza) e suas leituras sociais, já que se busca o simbólico, e uma linguagem arredia a esse desejo, pois parece não possuir um léxico que consiga se distanciar da divisão cultura-natureza sem paradoxalismos<sup>5</sup>. Se temos no perspectivismo uma das formas mais radicais de se escapar (um ponto de fuga) dessa “linguagem arredia”, pois nos ensina outros léxicos, outras maneiras de se jogar. Não é difícil encontrar autores experimentados que, depois de percorrerem extensa e rica discussão sobre técnicas corporais e corporalidade, acabam com a frase: “*não (se) está negando a existência do corpo também como dado biológico*”. Isso pode ser explicado pela resistência de uma linguagem que parece não ter um vocabulário que permita exprimir – sem que se assinale o caráter paradoxal da enunciação – o signo como matéria.

No que mais se refere à saúde, a questão então não se limita em ressaltar que as relações entre o biológico e o social na interpretação, construção ou intervenção técnica sobre o corpo, se mostram indissociáveis para compreendê-lo, ampliando a compreensão da existência humana para além dos fatores anatomo-fisiológicos comumente adotados no contexto atual da prática clínica. Na verdade, a discussão sobre corpo *parece mesmo subverter essas fronteiras entre biológico e social, entre natureza e cultura*. Talvez, então, seja um ótimo caminho para superarmos os grandes divisores.

<sup>IV</sup> Se pensarmos nas reflexões sugeridas em trecho anterior por Paul Connerton<sup>4</sup> acerca da incorporação e das práticas de inscrição, e o confrontarmos com o perspectivismo, veremos que este último combina a memória-cognitiva (inscrição) e a memória-hábito (incorporação). As disposições afetivas são incorporadas, tanto pela via cognitiva, quanto como um conhecimento e uma memória existente no corpo.

<sup>V</sup> Segundo Tânia Stolze Lima<sup>14</sup>, a literatura antropológica dos povos indígenas da América do Sul tropical indica a presença de pelo menos três dispositivos de tratamento do corpo: (1) o corpo como instrumento fundamental de expressão do sujeito e ao mesmo tempo o objeto por excelência, pois é aquilo que o outro vê; (2) o corpo como suporte máximo de objetivação social, não há mudança espiritual que não passe por uma transformação do corpo; (3) o corpo como tão verdadeiro quanto a alma, ele produz o mundo.

### Referências

1. Almeida MV. Corpo Presente. Antropologia do Corpo e da Incorporação. In: Almeida MV, organizador. Corpo Presente: treze reflexões antropológicas sobre o Corpo. Oeiras: Celta; 1996. p.13-22.
2. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus; 1997.
3. Bourdieu P. Sociologia. São Paulo: Ática; 1993.
4. Connerton P. Como as Sociedades Recordam. Oeiras: Celta; 1993.
5. Csordas TJ. Corpo, Significado, Cura. Porto Alegre: UFRGS; 2008.
6. Csordas TJ. Embodiment as Paradigm for Anthropology. Ethnos 1990; 18(1): 5-47.
7. Douglas M. Rules and Meanings: the anthropology of every day knowledge. London: Penguin; 1993.
8. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
9. Goldman M, Lima TS. Como se faz um Grande Divisor? In: Goldman M. Alguma Antropologia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999. p.83-92.
10. Latour B. A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC; 2001.
11. Latour B. Woolgar S. A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.
12. Latour B. Jamais Fomos Modernos: Ensaio de Antropologia Simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
13. Lévi-Strauss C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Edusp, 1950.
14. Lima TS. O que é um Corpo?. Religião e Sociedade. 2002; 22(1): p.1-190
15. Mauss M. Sociologia e antropologia Vol I e II. São Paulo Edusp; 1973.
16. Mauss M. As técnicas do corpo In: Mauss M. Sociologia e antropologia Vol II. São Paulo: Edusp; 1950.
17. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
18. Pereira PPG. De corpos e travessias: a grande divisão e o campo da saúde. Revista Saúde e Sociedade. No prelo 2010.
19. Pereira PPG. Corpo, sexo e subversão: reflexões sobre duas teóricas queer. Interface: Comunicação, Saúde e Educação 2008; 12: 499-512.
20. Turner T. Social body and embodied subject: bodilines, subjectivity, and sociality among the Kayapo. Cultural Anthropology 1995; 10 (2):143-170.
21. Viveiros de Castro EB. A Inconstância da Alma Selvagem e Outros Ensaio de Antropologia. São Paulo: Cosac Naify; 2006.
22. Wolputte SV. Hang on to your self: of bodies, embodiment and selves. Annual Review of Anthropology 2004; 33: 251-269.

# Cirurgia bariátrica na mídia: o caso da Folha de S. Paulo

Simone Pallone de Figueiredo<sup>I</sup>

Léa Velho<sup>II</sup>

## Resumo

O tema obesidade tem atraído muita atenção nos últimos anos, e de maneira mais crítica na década de 1990, quando assumiu características de epidemia. Tem sido assim classificada por atingir um número cada vez maior de pessoas, mesmo no Brasil, como mostram recentes pesquisas do Ministério da Saúde (Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). A situação leva a uma corrida no âmbito da pesquisa científica em busca das causas, consequências e de tratamentos que ajudem a controlar a epidemia. Governos também são acionados para elaborar e implantar medidas que venham a modificar o ambiente que propicia o aumento da obesidade entre as populações. Uma dessas medidas foi a aprovação da cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001. Esse artigo analisa notícias sobre a cirurgia bariátrica publicadas em um jornal de grande circulação. O objetivo é investigar o papel da mídia no processo de medicalização da obesidade e da construção social desta epidemia.

**Palavras-chave:** Obesidade, cirurgia bariátrica, jornalismo científico

## Abstract

The obesity theme have been calling a great deal of attention in the past few years, and more critically in the 90's, when it developed epidemic attributes. It has been classified as such for reaching an increasingly large number of people, even in Brazil, as shows recent researches of the Health Ministry (Vigitel - Risk Factors Surveillance and Chronicle Disease Protection by means of Telephonic Inquiry). The situation leads to a speed on the range of scientific research targeting the causes, consequences and treatments that help control the epidemic. Governments are also mobilized for developing and implementing measures that modify the environment favoring the increase of the obesity throughout the populations. One of these measures was the approval of the bariatric surgery performed by the Unified Health System (SUS), in 2001. This article analyses the announcements concerning the bariatric surgery published on a major newspaper. The goal is to investigate the role of the media in the medicalization process of the obesity and social construction of this epidemic.

**Key-words:** Obesity, bariatric surgery, scientific journalism

<sup>I</sup> Simone Pallone de Figueiredo (sim.fig@gmail.com) é graduada em Comunicação Social com especialidade em Jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas. É mestre e doutora em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente é pesquisadora do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo da Unicamp, atuando principalmente nos temas: percepção pública da ciência, estudos sociais da ciência e da tecnologia, indicadores de C, T & I, jornalismo científico e jornalismo eletrônico.

<sup>II</sup> Léa Velho (velho@ige.unicamp.br) é doutora em Política Científica e Tecnológica pela Universidade de Sussex (Reino Unido), com pós-doutorado na Universidade de Ohio (EUA). É professora titular em Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro do comitê editorial de periódicos nacionais e internacionais. Tem experiência em pesquisa e consultoria na área de Política Científica e Tecnológica, atuando principalmente nos temas: dinâmica da produção e uso do conhecimento, cooperação internacional em C&T, avaliação de políticas e atividades de C&T, formação de recursos humanos para pesquisa, indicadores de C&T.



O tema obesidade tem atraído muita atenção nos últimos anos, e de maneira mais crítica na década de 1990. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para um número acima de 1,6 bilhão de adultos com excesso de peso no mundo, dos quais 400 milhões seriam considerados obesos clínicos<sup>1</sup>. No Brasil, o cenário para obesidade e excesso de peso é de crescimento nas taxas verificadas nas últimas pesquisas realizadas, com foco em problemas nutricionais. Em 2006, 2007 e 2008 foram conduzidas pelo Ministério da Saúde as pesquisas Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)<sup>III</sup>, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. As pesquisas revelaram que as taxas de excesso de peso e de obesidade totais vêm aumentando ano a ano, mesmo que seja um ponto percentual.

A obesidade é definida como um acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode ser prejudicial à saúde. Muitos problemas podem surgir em decorrência da obesidade, incluindo efeitos sobre ossos, articulações e consequências diretas de ordem psicológica,

<sup>III</sup> A pesquisa, que deve ser repetida anualmente, tem o objetivo de estimar a frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Foram analisados os índices de tabagismo, de consumo de bebidas alcoólicas, de excesso de peso e obesidade, hipertensão e diabetes, consumo alimentar e nível de atividade física. As pesquisas são feitas com adultos a partir de 18 anos, por telefone, e o sistema estabelece um tamanho amostral de 2.000 respondentes para cada cidade analisada.

em termos de redução da autoestima e falta de disposição para o desenvolvimento de atividades rotineiras. De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos, indivíduos obesos têm risco de morte prematura por todas as causas, 50 a 100% maior que indivíduos com peso normal<sup>2, 13</sup>.

A relação da obesidade com o diabetes mellito, por exemplo, é bastante estreita. A probabilidade de um indivíduo desenvolver diabetes tipo 2 – que resulta da incapacidade do corpo de responder adequadamente à ação da insulina produzida pelo pâncreas – aumenta acentuadamente com o excesso de peso. Mais comum em adultos de idade avançada, a doença afeta hoje crianças obesas, mesmo antes da puberdade. Aproximadamente 85% das pessoas com diabetes são portadores daquela do tipo 2. Desse grupo, 90% das pessoas são obesas ou têm excesso de peso<sup>12</sup>.

A maneira mais usada para avaliar excesso de peso e obesidade é o índice de massa corporal (IMC), definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). O padrão adotado internacionalmente, que é o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sinaliza que indivíduos adultos com IMC inferior ou igual a  $18 \text{ kg}/\text{m}^2$  apresentam déficit de peso; com IMC igual ou superior a  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ , excesso de peso, e igual ou acima de  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ , obesidade. O IMC acima de  $40 \text{ kg}/\text{m}^2$  caracteriza

a obesidade mórbida, também denominada de severa ou grau III. As pessoas com IMC entre 19 kg/m<sup>2</sup> e 24 kg/m<sup>2</sup> têm o peso considerado normal. Mas deve-se lembrar que, em princípio, não há avaliação para sobrepeso e obesidade que seja totalmente confiável e livre de controvérsias.

### Cenário brasileiro

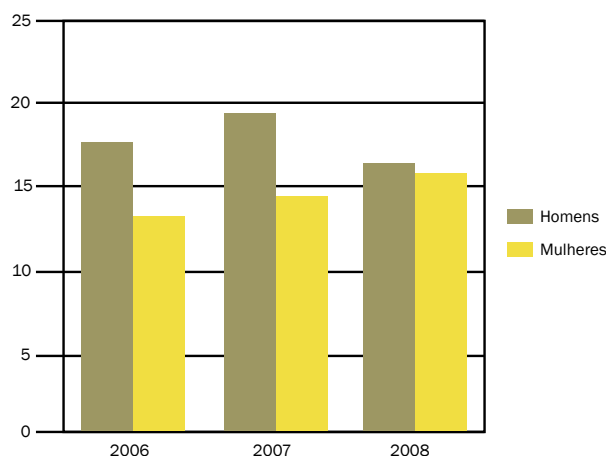
Os dados do Vigitel – obtidos em 2006, 2007 e 2008 – revelaram um aumento das taxas de sobrepeso e obesidade no país, com base na medida do IMC. Em 2006, a porcentagem foi de 11,6, média para homens e mulheres adultos, de todas as capitais, mais o Distrito Federal. Em 2007, foi de 12,3% e em 2008, de 13,0%.

Na divisão por capital e por sexo, em 2006, os homens que apresentaram taxa de excesso de peso mais alta foram os de Porto Alegre (54,2%). Entre as mulheres, a maior frequência de sobrepeso foi constatada no Rio de Janeiro (44,4%). Em relação à obesidade, na divisão por sexo, Belém destacou-se como a capital com maior frequência de homens obesos (17,1%) e Maceió (14,0%) com a maior frequência de mulheres na mesma condição<sup>4</sup>.

Em 2007, entre os homens, a maior prevalência de sobrepeso foi encontrada em Cuiabá (57,0%) e de obesidade em Macapá (19,5%). Os números para as mulheres costumam ser um pouco inferiores, principalmente em relação ao excesso de peso. Quanto à obesidade, as taxas são mais equivalentes, mesmo assim, as porcentagens encontradas para os homens seguiram a tendência de 2006, sendo superiores às encontradas para as mulheres. A capital que apresentou maior porcentagem de sobrepeso em mulheres foi Cuiabá (42,2%), assim como a de obesidade (14,8%)<sup>5</sup>.

A partir do Vigitel 2008, é possível observar que as taxas de sobrepeso e obesidade no Brasil apresentaram uma ligeira queda entre os homens em relação a 2007, mas não em relação a 2006, e um aumento nas taxas entre as mulheres. Em 2008, a maior porcentagem de excesso de peso entre homens foi encontrada em Rio Branco (56,3%) e de obesidade em Boa Vista e João Pessoa (16,6%). Com relação às mulheres, a capital que apresentou maior taxa de sobrepeso foi novamente Cuiabá (44,8%). Já em relação à obesidade, a maior prevalência foi encontrada em Aracaju (16,3%)<sup>6</sup>.

Gráfico 1. Maiores taxas de obesidade encontradas nas capitais, mais o Distrito Federal



Fonte: Brasil/Ministério da Saúde, Vigitel 2006, 2007 e 2008.

Os dados das pesquisas revelaram que, entre 2006 e 2007, o aumento da média de sobrepeso tanto para homens quanto para mulheres foi de 0,7 ponto percentual. Quanto à obesidade, no mesmo período, o aumento foi de 0,8 ponto percentual entre os homens e 0,6 ponto percentual entre as mulheres. Entre 2006 e 2007 há uma queda na prevalência de sobrepeso entre as mulheres de 2,2 pontos percentuais e entre 2007 e 2008 observa-se uma ligeira queda em relação ao aumento de sobrepeso no sexo masculino, que foi de 0,5% no período. Houve queda também em relação à média de obesidade que foi ligeiramente menor que em 2007 – 12,9% contra os 13% do ano anterior. Observou-se, entretanto, um significativo aumento na média de excesso de peso entre as mulheres na comparação da pesquisa realizada em 2007 e a de 2008. O aumento foi de 3,5 pontos percentuais, e em relação à obesidade, que teve uma ligeira queda para os homens; as mulheres não apenas ultrapassaram os homens, como apresentaram um aumento da taxa média de 1,6 pontos percentuais<sup>9</sup>. Diante deste quadro, imagina-se que seja necessário dar mais atenção às políticas públicas que ajudem a controlar o sobrepeso e a obesidade.

### Políticas de controle da obesidade

Em 1999 foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), revista e publicada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Entre seus principais objetivos estão a promoção de hábitos alimentares saudáveis, melhoria no estilo de vida, disseminação



de informações sobre alimentos (principalmente sua composição) e proposta de recuperação de práticas alimentares tradicionais e regionais, especialmente aquelas de alto valor nutricional. A política demonstra clara preocupação com a erradicação da fome no País, mas propõe medidas que contribuem com a prevenção ou controle da obesidade da população.

A PNAN baseia suas ações em sete diretrizes programáticas, sendo elas: o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação relacionadas aos temas nutricionais e alimentares; monitoramento da situação alimentar e nutricional; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição<sup>3</sup>. Várias dessas medidas podem ajudar no controle do aumento de peso da população.

Em termos de políticas públicas há também o Protocolo de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que não é uma política de prevenção de obesidade, mas sim de tratamento<sup>3</sup>. É também a única política pública voltada exclusivamente para a obesidade.

Desde 1999, a cirurgia bariátrica encontra-se inserida na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), quando foi instituída a rede de atendimento ao paciente portador de obesidade mórbida, com a criação dos Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica/Gastroplastia. De 1999 ao final de 2001, foram cadastrados 22 Centros no SUS, possibilitando a cobertura assistencial de todas as macrorregiões brasileiras. Em 2005, existiam 52 hospitais cadastrados em todo o País. Mas foi a partir de agosto de 2001, quando o financiamento do procedimento de gastroplastia foi incluído entre aqueles considerados estratégicos e passou a ser custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)<sup>11</sup>, que o tratamento ganhou popularidade junto à sociedade.

Em 2003 foram realizadas 1.778 cirurgias bariátricas, a um custo de US\$ 1,87 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar as cirurgias feitas

no setor privado. Em 2008, este número cresceu para 3.195 cirurgias, a um custo de cerca de US\$ 8,370 milhões (R\$ 15.736 milhões)<sup>IV</sup>. Ainda que os gastos com essa intervenção no Brasil estejam muito longe da magnitude dos gastos nos Estados Unidos, a tendência ao crescimento no Brasil é clara, e estes gastos refletem apenas gastos públicos<sup>9</sup>.

Alguns dos fatores que reforçam a indicação da cirurgia são: presença de morbidade que resulta da obesidade ou é por ela agravada – a apneia do sono, dificuldade de locomoção, diabetes, hipertensão arterial e hiperlipidemias – a persistência de excesso de peso de pelo menos 45 kg, ou índice de massa corporal acima de 40 kg/m<sup>2</sup> ou, ainda, IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> em presença de complicações severas da obesidade; fracasso de métodos conservadores de emagrecimento bem conduzidos; ausência de causas endócrinas de obesidade; avaliação favorável das possibilidades psíquicas de o paciente suportar as transformações radicais de comportamento impostas pela operação<sup>10</sup>.

### Medicalização da obesidade

Esse aumento da procura pela cirurgia bariátrica e outros tratamentos faz parte de um processo chamado de medicalização, que se estabelece quando um comportamento ou condição física – que poderia passar despercebida – adquire o *status* de doença. Torna-se, então, um problema médico, recebendo atenção dos profissionais da saúde, sujeito a diagnóstico e tratamento médicos<sup>8</sup>. Envolve, em diferentes níveis, diversos atores além do profissional médico, como outros profissionais da saúde (enfermeiros, nutricionistas, psicólogos), a indústria de produtos farmacêuticos e hospitalares, autoridades ligadas à área da saúde e até mesmo profissionais da área de comunicação – relações públicas, publicitários e jornalistas.

Segundo Conrad<sup>7</sup>, embora a obesidade não seja amplamente vista como doença pela classe médica, ela não é apenas associada a outros problemas de saúde, mas também é vista como um mal em si. Em 1970, segundo esse autor, médicos bariátricos compunham uma esotérica e talvez estigmatizada especialidade e, hoje, cirurgias de *bypass* gástrico são comuns para os sintomas extremos de obesidade (sobrepeso mórbido).

Na década de 1990, com a obesidade sendo considerada uma epidemia, o que se vê é uma prolifera-

<sup>IV</sup> Dados do Banco Central em Oliveira (2007) e site do Senador Tião Viana PT/AC ([http://www.tiaoviana.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1171&Itemid=2](http://www.tiaoviana.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1171&Itemid=2)).

ração das clínicas e cirurgiões anunciando a cirurgia de estômago pela internet. Um levantamento feito por Heena Santry<sup>14</sup>, entre 2004-2005, constatou que, de 813 cirurgiões bariátricos americanos, 58% divulgavam seus serviços por meio da web. No Brasil, esse fenômeno também já encontra campo. Em 2009, apenas no site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, havia 28 indicações de sites de centros que realizam esse procedimento, que podem ser acessados livremente.

A razão que leva pacientes a buscarem a cirurgia bariátrica não se resume, no entanto, aos cuidados com a saúde. Nas sociedades ocidentais, onde a mobilidade social é almejada, o sobrepeso representa uma mácula para a aparência, constituindo-se numa vergonha social. Ou seja, o estigma da obesidade leva um grande número de indivíduos, principalmente as mulheres, a recorrerem aos diversos métodos de emagrecimento, entre dietas, atividade física e, em casos extremos de obesidade severa, à cirurgia de estômago.

Desde o século XVII já despontava na sociedade o desejo pela magreza<sup>15</sup>, mas, em tempos recentes, essa referência de beleza magra tem levado muitas mulheres e homens a realizarem verdadeiras epopeias para atingir esse padrão. Esse culto à magreza é difundido pelos meios de comunicação, pela indústria cultural e por diversas ciências, reforçando a pressão social sobre o indivíduo para que tome atitudes para controlar o seu peso, para que seja magro e que se enquadre no padrão estético vigente. Aqueles que fracassam nessa missão, são levados a comportamentos antissociais, à depressão e possíveis doenças decorrentes da não-aceitação de sua identidade.

### **Papel da imprensa**

Nesse frenesi pelo emagrecimento, os meios de comunicação têm exercido um papel importante, incentivando a adoção de comportamentos que levem ao emagrecimento. E sua atuação nesse campo não se resume às revistas femininas e de saúde. O jornal diário traz em diversas seções um significativo número de notícias e reportagens que tratam desse tema.

<sup>14</sup> A principal razão da escolha pela Folha de S. Paulo como veículo para estudar o fenômeno foi a representatividade do veículo no País. A Folha é o jornal de maior circulação no Brasil, com 311,3 mil exemplares vendidos em média, por dia, em 2008, segundo o Instituto Verificador de Circulação - IVC (Mídia Dados 2009).

Tratamentos eficazes adotados por celebridades, pesquisas científicas que desvendem mecanismos fisiológicos – que tanto podem ajudar no ganho de peso, como na perda – e estudos que aproximam os cientistas de possíveis drogas ou tratamentos mais eficazes para o emagrecimento são alguns dos assuntos tratados.

Um estudo conduzido por Figueiredo<sup>9</sup> demonstrou a participação da imprensa nesse processo de medicalização da obesidade, o qual retrata também a popularização da cirurgia bariátrica. Foi analisado um conjunto de matérias publicadas no jornal Folha de S. Paulo<sup>v</sup>, entre 1998 e 2008. A partir de uma busca com a palavra-chave “obesidade”, foram selecionadas 544 matérias, que se juntando às retrancas, resumiram-se a 305. Dessas, 27 mencionam a cirurgia bariátrica – apontada como opção de tratamento para a obesidade mórbida, mas não sem receber comentários sobre os riscos associados.

Esse material apresentou-se dividido da seguinte maneira entre os cadernos que constituem o veículo: 15 na editoria Cotidiano, 7 no suplemento Equilíbrio, 2 na Revista da Folha, 1 na editoria Mundo, 1 na editoria Empregos e 1 em um Caderno Especial.

Pelo perfil do jornal, o caderno Cotidiano é caracterizado por apresentar assuntos que dizem respeito ao dia-a-dia dos cidadãos. É o espaço que abriga as reportagens sobre saúde, comportamento, educação, direitos civis, que são assuntos que atraem bastante a leitura de um público geral. O suplemento Equilíbrio, semanal, é dirigido ao público que busca melhorias para a saúde e qualidade de vida. No caderno Mundo, os temas se assemelham aos abordados no Cotidiano, mas com enfoque internacional. A Revista da Folha, também semanal, aborda assuntos bastante gerais e tem circulação restrita à Capital paulista. O caderno Empregos é um espaço de classificados de emprego, mas que é sempre iniciado com alguma reportagem relacionada ao mercado de trabalho. Já a matéria publicada no Caderno Especial, faz parte de um conjunto de textos publicados em setembro de 2008, sobre a Zona Leste paulistana. O jornal publicou, naquele ano, uma série intitulada DNA Paulistano, com o objetivo de traçar o perfil dos moradores e as condições de saúde, de moradia e transporte de cada região da cidade. A Zona Leste foi a última a ser retratada.

Tabela 1. Distribuição das matérias, por editoria, por ano – 1999 - 2008

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cotidiano	Equilíbrio	Cotidiano		Cotidiano	R. da Folha	Cotidiano	Cotidiano	Equilíbrio	Equilíbrio
				Cotidiano	Equilíbrio	Cotidiano	Mundo		R. da Folha
				Equilíbrio	Cotidiano	Empregos			Cad. Especial
						Cotidiano			Cotidiano
						Equilíbrio			
						Cotidiano			
						Equilíbrio			

Fonte: Elaboração própria.

Entre os resultados da análise, observou-se que o ano de 2000 foi o que teve o segundo maior número de reportagens (4), o que provavelmente se deve ao fato de ter sido o ano da aprovação da incorporação da cirurgia no SUS. Cinco matérias publicadas entre 1999 e 2000 destacam o aumento do número de casos de obesidade mórbida no Brasil, algumas falam de um período longo de espera dos pacientes para conseguirem realizar a cirurgia pelo SUS, explicam como é feito o procedimento e as benesses que a cirurgia proporciona. Notou-se certa cautela das matérias num primeiro momento quando a cirurgia ainda não tinha muitos adeptos e não era coberta pelo SUS. Um dos médicos entrevistados em 2000 alerta para um possível exagero na indicação da cirurgia.

Em 2003 começam a aparecer matérias que apresentam os riscos associados ao procedimento, que se tornam mais enfáticas a partir de 2004, ao apresentarem problemas psiquiátricos, perda de cabelos, unhas e até dentes, em decorrência da perda de peso e de vitaminas essenciais, no período pós-cirurgia. Iniciam-se também as matérias que tratam do dilema de se operar crianças e adolescentes.

O maior número de matérias sobre cirurgia bariátrica foi encontrado em 2005 (7), quando a indicação da cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida havia se tornado mais frequente. As matérias demonstram a divisão dos profissionais quanto à indicação da cirurgia, porém, de uma maneira geral, os médicos entrevistados demonstraram ser favoráveis ao procedimento. Vários textos tratam dos riscos que representa a obesidade severa, e também como solução para o dilema em relação a um estigma social. A questão do estigma fica bem evidente na matéria publicada no caderno de empregos, pois apresenta os problemas dos obesos para conseguirem contratação e estratégias das empresas para conter o avanço da obesidade. Além dos médicos, personagens

– pessoas comuns –, que passaram pela cirurgia ou estavam interessados em fazê-lo foram consultados, refletindo uma fórmula comum no jornalismo, de humanizar o texto, atraindo, assim, o leitor para o tema.

Ainda sobre o aspecto do estigma social da obesidade, em 2005 dois textos alertam para um possível exagero na disseminação de uma epidemia da obesidade, chamando a atenção para o fato de o IMC não representar efetivamente a condição antropométrica de determinados indivíduos, e muito menos que todas as pessoas acima do peso estão correndo mais riscos que as de peso considerado normal. Outro dado, que aparece em 2005, mostra que, mesmo após a cirurgia, um número considerável de obesos recupera o peso eliminado.

Nos três últimos anos do material pesquisado, há ainda uma preocupação com a obesidade entre jovens, e, ao mesmo tempo em que os textos sugerem a cirurgia como opção de tratamento, são apresentados os efeitos deletérios provocados pelo procedimento.

No conjunto de textos analisados, fica evidente a presença do profissional médico como a principal autoridade para tratar do tema, com alguma participação de outros profissionais da saúde, mantendo-se o tema sob a jurisdição do médico, reforçando a hipótese de que o jornal colabora com o processo de medicalização da obesidade.

### Conclusões

O fato de haver políticas para a prevenção da obesidade no País sendo implementadas desde 2003, algumas até antes disso, e da classe médica e demais profissionais da saúde intensificarem seu discurso e práticas voltadas para a contenção e tratamento da obesidade, taxas de sobrepeso e obesidade continuam aumentando. A grande repercussão do tema na mídia, principalmente nas revistas femininas, também não

tem sido suficiente para barrar o avanço do aumento de peso da população brasileira. A corrida desenfreada por academias de ginástica, o consumo de remédios para emagrecer (inibidores de apetite são os mais comuns), cirurgias plásticas e outros tratamentos estéticos, podem apresentar resultados no nível individual, mas, para a população como um todo, esses procedimentos parecem não estar surtindo efeito.

Apesar de o objeto da análise deste trabalho não ter representatividade estatística – na medida em que se usaram critérios qualitativos para a seleção das 27 matérias – é possível observar o papel do jornal no processo de medicalização da obesidade, uma vez que reforça a ideia de que existe uma epidemia. O jornal em questão colaborou também com a popularização da cirurgia bariátrica, a única medida mais eficaz, segundo os médicos, para tratar a obesidade severa.

As matérias analisadas refletem o estado nutricional da população desenhado a partir dos dados do Vigitel e reproduzem o discurso de médicos e autoridades ligadas à saúde, que pretendem, por meio de políticas públicas, conter o avanço da obesidade. O que o jornal pouco mostrou foi a questão do estigma da obesidade, e o medo constante que alguns indivíduos adquirem, de se tornarem gordos, não se enquadrando, assim, ao padrão de magreza estimulado pelas sociedades ocidentais, e como essa lipofobia, por sua vez, tem reforçado a medicalização da obesidade.

## Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Índices e Preços [online]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004. [Acesso em 6 de setembro de 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002/pof2002.pdf> .
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003 [online]. Rio de Janeiro: INCA; 2004. [Acesso em 18 de novembro de 2006]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. Rev [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Acesso em 8 de setembro de 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/politica.php>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel 2007: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel 2008: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
8. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 1992; 18: 209-232.
9. Figueiredo S. Medicalização da obesidade: a epidemia em notícia. Campinas; 2009. Doutorado [Dissertação em Geociências] – Unicamp.
10. Garrido Junior AB. Cirurgia em Obesos Mórbidos: experiência pessoal. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2000 fevereiro; 44 (1): 106-110.
11. Oliveira IV. Cirurgia bariátrica no âmbito do sistema único de saúde: tendências, custos e complicações. Brasília; 2007. Mestrado [Dissertação em Ciências Médicas] - Universidade de Brasília.
12. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
13. Sichieri R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: UERJ; 1998. p. 146
14. Salant T, Santry H. Internet marketing of bariatric surgery: contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine* 2006; 62: 2445-2457.
15. Vigarello G. A história da beleza. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.

# “Puerpericultura” do ventre e do sexo – orientações contraceptivas no início do século XX

Regina Figueiredo<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo analisa a publicação “Anticoncepção”, editada em 1936 no Rio de Janeiro e que procura demonstrar a preocupação e os primeiros esforços de profissionais da Medicina para a comunicação de orientações em anticoncepção no Brasil. A obra faz parte de um conjunto de esforços, não necessariamente articulado, assumido por médicos e gestores europeus durante o final do século XIX e início do século XX, para a orientação de condutas feminino-maternas, concebendo sua importância para o âmbito da Saúde Pública, que termina por chegar também ao Brasil. A análise aqui proposta reforça a importância desse tipo de publicação também na construção de orientações da conduta feminina que vão além da puericultura. O discurso observado na publicação revela preocupações conceituais e ideológicas marcantes do período, demonstrando haver a preocupação em promover conhecimentos e práticas sobre condutas sexuais e de contracepção visando o bem estar social, o controle demográfico, a redução da mortalidade materna e o bem-estar sexual do casal e a saúde da mulher-mãe, por meio da postergação da maternidade serial, como um discurso de “puerpericultura” dirigido aos próprios profissionais da Medicina, bem como à elite social vigente.

**Palavras-chave:** Puerpericultura; controle demográfico; contracepção

## Abstract

This article analyses the publication “Anticoncepção”, edited in 1936 in Rio de Janeiro and that aims at demonstrating the preoccupation and the early efforts of Medicine professionals for the communication of guidance and anti-conception in Brazil. The work is part of the set of efforts, not necessarily articulated, considered by European doctors and managers during the end of the 19th century and beginning of the 20th century, for the guidance of female-maternal conducts, conceiving the its importance for the Public Health scope, which ends up coming to Brazil. The analysis suggested herein reinforces the importance of such kind of publication also in the development of guidance for the female conduct that go beyond puericulture. The speech observed in the publication shows the conceptual and ideological preoccupations that marked the period, demonstrating the worry in providing wisdom and practices for sexual and contraception conducts targeting the sexual well being of the married couple and the health of the woman-mother, by delaying serial impregnation as a discourse of the “puerpericultura” driven to the medical professionals as well as to the current social elite.

**Key-words:** Puerpericulture; demographic control; contraception

<sup>1</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.com.br) é socióloga, mestre em Antropologia da Saúde e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

## Introdução

Este artigo analisa a publicação “Anticoncepção”, editada no Rio de Janeiro em 1936 pelo Dr. Carijó Cerejo<sup>3</sup>, na qual procura demonstrar a preocupação e os primeiros esforços de profissionais da Medicina para a comunicação de orientações em anticoncepção no Brasil.

A obra faz parte de um conjunto de esforços, não necessariamente articulado, assumido por médicos e gestores europeus durante o final do século XIX e início do século XX, para a orientação de condutas feminino-maternas, concebendo sua importância para o âmbito da Saúde Pública, que termina por chegar também ao Brasil. Segundo Freire<sup>6</sup>, tais condutas de âmbito privado ganham, neste período, a conotação da formação de um modelo moderno de sociedade e do fortalecimento e construção dos estados nacionais, localizando a família como principal grupo de composição da sociedade, momento em que estão em vigor os ideais positivistas de ordem e progresso social comtianos<sup>4</sup>.

Assim, a análise do tema se torna complexa, apontando que a interpretação de utilização e controle de corpos e da sexualidade como estratégia de poder, proposta por Foucault<sup>5</sup>, agora é instrumentalizada, junto à utilização com um enfoque de gênero (papel dos indivíduos-mulheres) e da priorização da instituição Família, com um discurso visto como progressista e benéfico, visando um bem maior: a nação.

## Perspectiva de análise

A análise aqui proposta reforça a importância desse tipo de publicação também na construção de orientações da conduta feminina que vão além da puericultura - como excepcionalmente explorou a premiada Maria Martha de Luna Freire em “Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil”<sup>6</sup> - e que visavam à redução da mortalidade infantil através das revistas femininas existentes no País e inspiradas na *belle époque*. A publicação de “Anticoncepção” demonstra também a preocupação em promover conhecimentos e práticas sobre condutas sexuais e de contracepção visando o bem-estar social, o controle demográfico, a redução da mortalidade materna, o bem-estar sexual do casal e a saúde da mulher-mãe, por meio da postergação da maternidade serial, como um discurso de “puerpericultura” dirigido aos próprios profissionais da Medicina, bem como à elite social vigente. Não à toa, a obra foi



localizada na biblioteca do Palacete do Engenho Camaragibe, em município próximo ao Recife, junto a obras adquiridas no começo do século XX (como “As Brasileiras”), que compõem o acervo dos anos 20-50 das famílias abastadas que residiram na região.

Analisando o conteúdo da obra, observa-se que tal “discurso” contém preocupações conceituais e ideológicas marcantes do período: (1) a visão da família e da maternidade como formadoras da nação; (2) a importância do controle demográfico para o equilíbrio social; (3) a proposição de orientações sob uma ótica com embasamento orgânico-científico; (4) a possibilidade de prevenção de gestações dentro de uma moral, cristã/católica; (5) o desejo e o direito do casal e da mulher-mãe ao seu corpo para evitar a gestação serial e cuidar melhor de seus filhos.

## Família e maternidade como princípios

Dr. Carijó apresenta seu ponto de partida na observância da função da família e da maternidade para a formação da sociedade. Não está em jogo o não ter/querer filhos, mas propagar - como explicita, citando o médico e político baiano Afrânio Peixoto (1876-1947) - a anticoncepção como “um mal necessário”, como uma

conduta consciente para uma maternidade “honrada” e protegida<sup>3</sup>, ou, tomando as palavras do médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro Maurício de Medeiros (1885-1966), seu contemporâneo: “...é o casal humano, homem e mulher, que, antes de se unir para fins concepcionais, deve valorizar-se biológica, econômica e socialmente, a fim de dar à sociedade o número de filhos que possa beneficiá-la”<sup>3</sup>.

O autor explicita assim que, apesar de a família ser autônoma no sentido funcional de sua organização e conduta, ela é corresponsável pela composição social. Por isso, o direito e o dever de procriação, incluindo a repetição de gestações não-planejadas devem ser observados enquanto ocorrências que não se tornem abusivas ou descuidadas do ponto de vista da construção e da organização da sociedade.

A maternidade, assim, é bem vista e desejosa, porém, já convive com o pensamento positivista comtiano predominante no período, que tem como ideais o uso da razão e da ciência para o desenvolvimento social das nações<sup>4</sup>.

### **A importância do controle demográfico para o equilíbrio social**

Citando sua concordância com as teorias de controle demográfico propostas por Malthus em 1798 (1766–1834)<sup>1</sup>, Carijô apresenta exemplos desde a Antiguidade Clássica Grega, demonstrando a preocupação com o nascimento de filhos, em voga em várias discussões e propostas políticas na História: Hesíodo (final do séc. XVIII a.C.), Licurgo (meados do século V a.C.), Platão (428/427–348/347 a.C.) e Xenocrates (396-376 a.C.) defenderam a limitação de nascimentos visando à melhoria social. Com preocupações políticas e sociais, porém com raciocínio inverso, no governo de Septímio Severo (193-211 d.C.), por exemplo, relata que houve criminalização da prática abortiva com alegação de que a mesma privaria maridos de descendência. Essa mesma perspectiva já era seguida pelos imperadores Adriano (76-138 d.C.) e Constantino (272-337d.C.) e, posteriormente, por Teodoro (1.174-1221), que declararam que a prática seria punida com a morte<sup>3</sup>. Já em Roma, se autorizava a prática abortiva sob a ótica do direito de *pater familiae*, no qual o feto era definido como vísceras da mulher e esta, propriedade do marido<sup>3</sup>.

Desta forma, Carijô, compondo sua crença desenvolvimentista – discurso político acadêmico predominante no início do Século XX – vê as famílias enquanto “células

da sociedade” – conceito concebido por Durkheim (1858-1917) (Cf. Aron)<sup>2</sup> –, que compõem o organismo total, a sociedade. Para que esta tenha ordem e possa progredir, os interesses familiares não podem, portanto, estar alheio aos interesses do conjunto social e de seu planejamento.

Porém, denuncia o autor, por várias vezes esse controle social da sociedade pelo estado e seu poder sobre a família foi confundido com o direito a práticas de eugenia, definidas erroneamente, segundo ele, como neomalthusianas que têm intenção específica de promoção da melhoria racial. Essa posição ideológica também esteve bastante presente no início do século XX, como expôs Rohden<sup>7</sup> citando o Congresso de Eugenia realizado em Londres em 1912, e foi por várias vezes aplaudida e seguida por vários intelectuais brasileiros, inclusive na implementação de políticas nacionais, como as imigrações, visando o branqueamento da população<sup>8</sup>.

Carijô salienta o aspecto de benefício social, por isso adotando os pressupostos de Afrânio Peixoto, que descreve a tendência dos mais pobres a terem mais filhos, o que perpetuaria a pobreza. Portanto, o aspecto quantitativo da natalidade enquanto melhoria da qualidade do conjunto dos cidadãos passa a importar mais para a sociedade do que sua quantidade, definindo a importância da anticoncepção: “Higienistas e médicos, todos vão convindo em que a quantidade de filhos deve ceder, como critério à qualidade” (p.22).

Com relação à qualidade dos cidadãos, esta é definida não pela reflexão de alguma proposta de alteração da macro estrutura social ou econômica do país, mas, da origem desses que irão compor a sociedade. Maus cidadãos seriam filhos de alcoólatras, mães tuberculosas ou com sífilis, os derivados de sexo forçado ou filhos indesejados de famílias numerosas que não pudessem dar-lhes um padrão socioeconômico adequado: “os filhos oriundos de uniões sem atração mútua não podem ter o vigor físico e a inteligência dos que receberam a vida na simultaneidade do espasmo genésico de seus autores...” (p. 25).

### **Embasamento científico à anticoncepção**

Além de procurar expor a cientificidade de seus argumentos recorrendo à exposição do raciocínio demográfico de Malthus<sup>1</sup>, cita exemplos do Período Clássico Grego, retomando a argumentação feita para o embasamento da Ciência Moderna, que se pauta na racionalidade observacional, contrapondo-se ao obscurantis-

mo metafísico do conhecimento medieval. Assim, o Dr. Carijô faz todo um levantamento de estudos biológicos sobre a composição, fisiologia, incluindo processos hormonais das funções reprodutivas e sobre tecnologias anticoncepcionais disponíveis e já utilizadas na História.

Partindo da descrição orgânica dos aparelhos reprodutivos masculino e feminino e a constatação de que a concepção não está ligada ao desejo, mas sim ao ato sexual penetrativo em si, o autor apresenta observações de diversos autores sobre gestações ocorridas naturalmente em casamentos ou por estupro, demonstrando que a única forma de deter gestações é a utilização de técnicas anticoncepcionais. Descreve de forma detalhada as formas que estavam disponíveis em sua época, comentando, por vezes, sua adequabilidade:

- relações sexuais não-penetrativas na vagina (realizada nas coxas ou com masturbação);
- relações sexuais sem ejaculação masculina na vagina: com retenção ou ejaculação externa (*coitus interruptus*), que considera promotora de diversos problemas físicos e mentais como a ansiedade masculina;
- controle de prática sexual durante o período fértil: criada por Ogino-Knaus em 1930, que se baseia na contagem do ciclo ovariano (conhecida atualmente como “tabelinha”);
- lavagens vaginais pós-ejaculação, preferencialmente com produtos ácidos que matariam os espermatozoides ou evitariam que subissem em direção ao útero: ácido láctico, quinino ou outros anticéticos. O autor ressalta a boa eficácia do preparado espumante Phylax, criado na Alemanha em 1891 (p.78);
- colocação de géis e supositórios que dificultem a passagem dos espermatozoides em direção ao colo uterino: feitos de manteiga de cacau ou glicerina;
- uso de tampões de algodão ou esponjas: umidecidas com óleo de oliva, sabão, glicerina ou ictrol;
- uso de métodos de barreira no homem: camisa de vênus de borracha;
- uso de tampões de colo uterino: como diafragmas ou capacetes de borracha, metal ou celulóide;
- realização de esterilização feminina: através de retirada de ovários, colo do útero ou de incisões sobre as trompas (laqueadura);
- uso de medicamentos que evitam a ovulação: citando já a possibilidade de adoção da estratégia de medica-

ção hormonal da mulher, porém explicitando sua não recomendação e risco para a saúde e risco de vida; - bem como o uso de raio X para destruir o tecido folicular que aponta ter sérios riscos também para a saúde.

Assim, sugere inúmeras alternativas a serem adotadas por famílias, afirmando a anticoncepção como prática ideal e sua posição contrária ao aborto, que apesar de observar estar presente em diversos relatos desde Tróia e Grécia, acredita ser, como diria o médico grego Soranus (séc. I d.C.): “prevenir é melhor que abortar, pois o aborto é sempre perigoso” (p.7).

Para o autor, se percebe que “povos inferiores recorrem a práticas abortivas” (p.13), por isso, aponta para que sejam adotadas técnicas “racionais” de anticoncepção como constata haver na Holanda, onde há 52 clínicas disponíveis para este fim, e na Inglaterra, onde foi criada a National Birth Control Association, divulgando cartilhas educativas a partir de 1935 (p.7).

#### Prevenção de gestações na ótica moral e católica/cristã

Para subsidiar a discussão e evitar argumentos da Igreja Católica, principal estrutura religiosa seguida no País, que aconselha a não contenção de filhos, Carijô se posiciona de uma forma bastante progressista, e inicia sua argumentação recorrendo à necessidade da “maternidade bem realizada e completa”.

Argumenta sobre a carência da população pobre como exemplo de abandono e não-amor a filhos e utiliza exemplos da própria Bíblia, os quais relatam o uso de práticas contraceptivas. Como no caso de Onan, que, como relata o Gênesis, derrubou seu sêmen no chão<sup>3</sup>, o autor revela que o relato bíblico descreve uma situação onde houve adoção do *coitus interruptus*, apesar de estar erroneamente associada à ideia de masturbação (pelo termo “onanismo”).

Recorre também à sugestão de “contenção moral” proposta por Malthus<sup>1</sup> (p.15), que aponta a importância de restringir o ato sexual antes do casamento com a abstinência, definindo uma idade mínima para que o mesmo ocorra de forma a postergar o início da prática sexual. Esse argumento vem ao encontro das prescrições religiosas cristãs de realização de sexo apenas após o matrimônio.

Por fim, Carijô situa a maternidade como uma condição “santificada”, na qual a mulher se doa e sacrifica ao cuidado do outro, da família e dos futuros membros



da sociedade<sup>3</sup>: “Preservar os filhos que temos, não é uma tarefa **mais santa** e de maior instância do que ter outros seguidos e de qualquer maneira...” (p.21), (grifo da autora do artigo).

Salientando que o desgaste da mulher e sua prole não pode ser tolerável por nenhuma concepção, sugerindo os ideais de compaixão e solidariedade<sup>3</sup>: “...filhos se sucedem cada vez mais definhados, cada vez menos cuidados, é vítima de sua própria imprudência, **de uma imprudência que não poderá ser aprovada pelas leis divinas e humanas**” (p.20), (grifo da autora do artigo).

### Desejo e direito do casal e da mulher sobre seu corpo

Citando o desejo observado em várias sociedades de conter ou postergar a concepção, o autor abre a obra com cifras de sua própria época, referindo-se aos levantamentos feitos pelo Dr. José de Albuquerque em 1931 (Cit. p.5) que apontavam o desejo e preocupação de 98,5% dos casais de adotar estratégias anticoncepcionais<sup>3</sup>: “Ao lado dos direitos do Estado, não existem também os direitos das famílias?” (p.19).

Dessa forma, aponta que, apesar de haver um interesse social quanto ao controle do número de filhos que são produzidos na sociedade, o casal também passa a ser sujeito relevado para o exercício desse direito. Essa suposição de um “direito privado” explicita, inclusive, o enfoque do direito individual da mulher sobre seu corpo na procura de bem-estar<sup>3</sup>: “...assiste à mulher o direito de ter somente o número de filhos que ela quiser ter, independente de qualquer indicação ou contra-indicação...” (p.20).

Esse bem-estar não é pensado enquanto escolha identitária feminina, de opção ou não pela maternidade, mas compreendido como o direito sanitário, higiênico e econômico de organizar, preservar e sustentar os filhos. Prioriza o denominado “materidade feliz”, por isso reconhece que tal condição da mulher, enquanto “doadora” de seu ser para o outro, lhe concede o direito de ser ouvida e respeitada quanto à vontade de controle da maternidade, visando sua percepção de sustento familiar, mas também o cuidado de sua saúde<sup>3</sup>: “... a **mãe fatigada e doente** se prepara novamente para a maternidade menos de um ano depois...” (p.20) (grifo da autora do artigo).

### Conclusões

A introdução de discursos contraceptivos no Brasil, se tomarmos a análise desta obra dos anos 1930,

aponta para a iniciativa de profissionais que se posicionavam de forma “progressista” diante da ótica moral e religiosa predominante nos comportamentos familiares da época. Ao mesmo tempo, aponta para a preocupação com o bem-estar, em ordem de prioridade, da nação e da família, assumindo uma modernidade inicial ao enxergar também algum direito feminino.

De forma geral, tal discurso reflete as correntes ideológicas predominantes entre o final do século XIX e o início do XX presentes na Academia e na elite europeia, que é trazida ao Brasil, com a incorporação do positivismo e cientificismo, da Saúde Social como foco político e da racionalização das práticas, tanto do ambiente e da vida pública como da vida privada.

Não deixa de exprimir uma visão inicial de um novo papel da mulher como cidadã e portadora de certos direitos (pelo menos com relação à mulher da elite) – ainda que contidos na família –, direcionando discursos para seus médicos cuidadores e também para as mesmas por meio dessas obras. Inicia e confirma, desta forma, a recomendação de estratégias sanitaristas e higienistas não apenas de puericultura, mas de cuidado com o próprio corpo feminino e com as práticas sexuais de casais, ao mesmo tempo em que dá permissividade às práticas contraceptivas a partir de um novo elemento de autoridade: o médico, que contrapõe pela primeira vez os poderes religiosos e de tradição familiar que orientavam as mulheres.

Termina por incluir a família e suas práticas, com a presença e desempenho do papel feminino no rol das políticas públicas, que passam a ser alvo e prioridade para a implantação de uma saúde pública preventiva.

### Referências

1. Alves J. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica: Textos para discussão n. 4. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2002.
2. Aron R. As etapas do pensamento sociológico. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
3. Cerejo C. Anticoncepção. Rio de Janeiro: Typografia Bloch e Irmãos; 1936.
4. Comte A. Sistema de Política Positiva. Paris; 1951.
5. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
6. Freire MML. Mulheres, mães e médicos: discursos maternalistas no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2009.
7. Rohden F. Natalidade, nação e raça no Brasil a partir das especialidades médicas em torno de sexo e reprodução [texto para grupo de trabalho no I Simpósio Internacional: O desafio da Diferença; 2000 Abril; Salvador, Brasil.]
8. Skidmore T. Preto no branco. Raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

# O envelhecimento ativo no SUS: comunicação e produção de (não)sentidos em usuárias idosas de uma UBS<sup>1</sup>

Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>II</sup>

Giuliana Fregonezi Raia<sup>III</sup>

## Resumo

Trata-se de uma reflexão, tomando o cartaz/aviso nos corredores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como paradigma de uma comunicação que (não) se estabelece entre uma unidade de saúde e os seus usuários. O cartaz refere-se à divulgação de atividades em grupo de idosos que é ofertada na UBS, localizada na periferia de São Paulo. Discutimos o processo de circulação ou não, de informações, dos significados culturais e da desigualdade no acesso a informações, a partir da constatação de que a população a quem se destinaria o grupo não participa dele. O raciocínio traçado nos leva a crer que a UBS acaba por reproduzir e manter circulante um capital simbólico hegemônico e sem sentido para determinados segmentos sociais, historicamente em desvantagem. De alguma forma a comunicação e os processos de circulação das informações acabam por favorecer certos segmentos sociais e excluir outros que não conseguem fazer circular os sentidos relacionados com suas necessidades e aspirações. Registramos algumas pistas para a superação da situação e enfatizamos a necessidade de refutar a ideia de que com o avançar da idade, as diferenças socioculturais que marcaram todas as etapas anteriores da vida se dissipam automaticamente.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; desigualdade; diferenças socioculturais

## Abstract

Deals about a reflection, considering the communication/warning in the hallways of a Unidade Básica de Saúde (UBS - Basic Health Unit) as the paradigm of a communication that is (not) established between a health unit and its users. The warning sign refers to the spreading of group activities for elders that is offered in the UBS, located within São Paulo suburbs. We discussed the process of information circulation or not, of cultural meanings and the inequality in the access to information, as from the evidencing that the population which the group is destined to, does not take part. The logic followed drives us to believe that the UBS reproduces and maintains circulating a symbolic, hegemonic and meaningless capital for certain social segments that are historically in disadvantage. Somehow the communication and the information circulation processes end up favoring certain social segments and excluding others that cannot spread the meanings related to its needs and aspirations. We registered some clues for overcoming the situation and emphasized the need of refuting the idea that with the age progress the social cultural differences that marked all the previous stages of life to automatically dissipate.

**Key-words:** Aging; inequality; social and cultural differences

<sup>I</sup> Este artigo é parte do trabalho de conclusão de estágio no Programa de Aprimoramento em Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo 2006-2007, realizado em convênio com a FUNDAP. O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Giuliana Fregonezi Raia (gjuraia@yahoo.com.br) é fonoaudióloga, aluna do Programa de Aprimoramento em Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde 2006-2007.



**E**ste artigo se originou da reflexão sobre os resultados de um trabalho de conclusão de estágio no programa de Aprimoramento em Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. O projeto da aprimoranda partia da constatação da intensa disseminação dos atuais conceitos de envelhecimento saudável e ativo, divulgados intensamente na mídia e na literatura da área, bem como de modelos de atenção à saúde da pessoa idosa sustentados por esses conceitos. O objetivo da pesquisa era verificar a percepção das usuárias dos serviços de saúde sobre a influência desses novos conceitos sobre os processos de trabalho e de práticas de saúde desenvolvidos em unidades de saúde do SUS.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na periferia da região sul da cidade de São Paulo, selecionada por oferecer, supostamente, uma atenção diferenciada para a população idosa residente na localidade.

Verificou-se durante o desenvolvimento da pesquisa que o diferencial da atenção oferecida aos idosos era o “grupo de idosos” com atividades de estímulo da memória, canto, realização de pequenos trabalhos manuais, passeios, ginástica oriental e palestras, entre outras atividades.

Vale esclarecer que, atualmente, no contexto da visão de envelhecimento saudável e ativo da Organização Mundial da Saúde<sup>7</sup>, tais grupos ganharam relevância, e

novos objetivos tem sido incorporados em uma perspectiva do apoio social, ajudando a promover redes de contatos sociais e interação entre gerações e em programas abrangentes. Aqui a questão da saúde é abordada a partir de uma perspectiva ampla que sublinha que o envelhecimento seja uma experiência positiva, acompanhada de oportunidades contínuas para a saúde, a participação e a segurança. Os modelos de atenção à saúde da pessoa idosa, idealizados nessa perspectiva, e numa proposta de atenção integral das necessidades dessa parcela da população, incluem a socialização do idoso, por meio dos grupos de idosos, como parte das ações coordenadas para a promoção da saúde.

Entretanto, vale assinalar ainda, o que só quase ao final da coleta dos dados tomamos conhecimento, que a UBS em questão não dispunha de profissionais especializados ou capacitados para a atenção aos idosos. Além disso, o referido grupo de idosos foi implantado por uma funcionária administrativa, espontaneamente, com o apoio da direção da UBS. Talvez, até pelo fato do grupo não ter sido uma iniciativa dos profissionais de saúde, ele nunca, até o final do desenvolvimento da pesquisa, tenha sido reconhecido como uma atividade do programa de saúde da UBS.

Essa breve descrição serve somente para contextualização de nossa análise e reflexão. O que nos interessa focalizar aqui é o que nos chamou a atenção, não tanto no conteúdo das entrevistas das participantes da

pesquisa<sup>IV</sup>, ou mesmo no funcionamento em si do grupo de idosos, mas alguns aspectos do conteúdo das anotações de diário de campo da aprimoranda-pesquisadora.

O que apareceu de mais intrigante no diário de campo era a nítida diferença, que saltava à vista, entre as mulheres idosas que circulavam pela unidade de saúde e as mulheres presentes no dia do “grupo de idosos”. Nestas, era clara a melhor aparência física geral e o cuidado com o vestuário com que se apresentavam nessas atividades.

Outro aspecto surpreendente foi que a grande maioria das mulheres abordadas para serem entrevistadas, captadas dentro do grupo de idosos, não era usuária da UBS e sim de convênios particulares. Identificamos nelas, também, melhores níveis de escolarização e de condições financeiras resultantes de pensões/aposentadorias mais elevadas e de transferências de renda de filhos. Estas idosas, residindo nas proximidades da unidade de saúde, tomaram conhecimento da oferta do grupo de idosos na UBS e passaram a frequentá-lo espontaneamente, sem que tivesse havido qualquer recomendação profissional daquela unidade de saúde ou de qualquer outra instituição. Estes fatos implicaram em que praticamente todos os depoimentos dessas mulheres fossem desprezados por não atingirem os objetivos da pesquisa.

De fato, a constatação da existência de dois grupos de idosos que frequentavam a UBS só veio após algum tempo de desenvolvimento da pesquisa. De um lado, havia as participantes do grupo de idosos e do outro, as usuárias da UBS presentes na unidade para uma consulta médica agendada ou para obter medicamentos. Estas apresentaram como principal motivo para a não participação nos grupos, o desconhecimento da existência dos mesmos.

Circulando pelas dependências da UBS, a pesquisadora já havia notado que a divulgação desses grupos de idosos era feita apenas por meio de um cartaz/aviso nos corredores da unidade de saúde.

Se o único meio de divulgação dos grupos era o cartaz, era óbvio que boa parte das usuárias idosas não tomava conhecimento, pelo simples motivo de que não liam o que era anunciado na forma escrita, por problema de visão não corrigido ou por analfabetismo, fatos referidos nas entrevistas. Outro motivo, alegado por outras mulheres para não participarem do grupo de idosos, era não gostar de realizar atividades fora do

circuito familiar, com pessoas estranhas, ou por não terem tempo para aquele tipo de atividade.

Por outro lado, vale a pena tentar compreender algumas variáveis envolvidas no cartaz/aviso colocado nos corredores da unidade de saúde como forma de divulgação do grupo. Estudiosos de uma especialidade da comunicação costumam utilizar o termo *leitabilidade* para se referirem às características que tornam um texto fácil e agradável de ser lido e a informação contida nele acessível ao leitor. Outro termo utilizado é a *legibilidade* referente aos fatores associados à visão e percepção visual, portanto à fisiologia da leitura. De qualquer forma, ambos os conceitos estão relacionados com a eficiência da informação lida por determinado usuário (ou grupo de usuários) em determinado texto escrito.

Ao que parece, quem confeccionou o cartaz/aviso de divulgação do grupo de idosos na UBS não levou em conta que parte considerável da população a quem se destinava é analfabeta ou tem problemas visuais. Assim, o instrumento de comunicação utilizado pode ser considerado totalmente ineficiente do ponto de vista da *leitabilidade* ou da *legibilidade*, ao menos para um grupo importante de idosos.

Por outro lado, o grupo de idosos, tal como está constituído, tem muitos participantes e funciona há algum tempo ininterruptamente, o que nos faz imaginar que o cartaz é eficiente para esse conjunto de idosos.

Todos esses aspectos nos suscitaram questionamentos sobre a forma como se dão as circunstâncias da comunicação e a possível produção de sentidos, quando se trata da disseminação de ações e atividades componentes do conceito de envelhecimento ativo por parte dos profissionais e instituições de saúde.

### Comunicação & Saúde

Foge do escopo deste artigo realizar uma análise de modelos de comunicação ou de tecnologias de informação e comunicação. Pretendemos, tão somente, uma reflexão, tomando o cartaz/aviso nos corredores de uma UBS como paradigma de uma comunicação que (não) se estabelece, entre uma unidade de saúde e os seus usuários.

Conduzimos a reflexão norteados por supostos, como os de Araújo, Cardoso e Lerner<sup>2</sup> de que “não existe (portanto, não se busca) uma relação causal e automática entre uma ‘boa comunicação’ e ‘mudança de comportamento’” (p. 86 e 87).

<sup>IV</sup> Utilizaremos parte ínfima do conteúdo das entrevistas das mulheres idosas que realizaram as entrevistas após a assinatura do termo de consentimento.

Além disso, alinhamos nosso pensamento a partir da visão de autores como Natansohn<sup>5</sup> que fazem uma leitura de comunicação em Saúde propondo “a recepção como um lugar novo para pensar o processo da comunicação, mas não como uma etapa do processo” (p. 49).

Compartilhamos com essa autora, ainda, a ideia de que é preciso:

“entender que em cada ato de comunicação de mensagens sobre a saúde, por exemplo, há muito mais do que a absorção (ou não) de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de fantasias e fantasmas, de usos, de ressignificações culturais, a partir dos quais a saúde e a doença adquirem sentido. No ato de reconhecimento da doença, do tratamento e da cura se legitimam e se colocam em questão atores (sejam curandeiros, vovôs ou médicos), temas, procedimentos (sejam intervenções de alta tecnologia ou remédios caseiros) e instituições envolvidas no processo”<sup>5</sup> (p. 50).

Primeiro ponto a ser destacado na situação da UBS, acima delineada, é a desigualdade nos meios de comunicação. Tendo como base o modelo clássico de comunicação, a UBS como emissor; o cartaz/aviso, a mensagem; a população idosa, o receptor, não é difícil de compreender porque a mensagem só é acessível a uma parte das pessoas. Se imaginarmos que na coorte de quem hoje tem 60 anos ou mais, o analfabetismo, por dificuldades de acesso à educação, é bastante prevalente, concluímos que usar a linguagem escrita como principal meio de circulação de informações para essa população é no mínimo um grande descuido. Percebemos que por não se levar em conta um passado de desigualdades no acesso à educação, que se atualiza na assimetria no acesso a informações, acaba-se excluindo um conjunto importante de indivíduos do acesso a atividades que visam o “envelhecimento ativo”, e a outros desdobramentos que poderiam decorrer delas.

Por outro lado, bastaria que o meio de comunicação fosse eficiente do ponto de vista da legibilidade/leitabilidade ou que se empregasse o meio oral de informação/comunicação, para que a mensagem tivesse o efeito esperado.

Ouvindo, por exemplo, a fala de uma idosa que conhece as atividades do grupo e, no entanto, recusa-se a participar porque “minha grande ocupação é fazer o serviço dentro de casa... porque eu não tenho tempo de fazer isso, não”, somos levados a acrescentar outros fatores que precisam ser considerados para ampliar o acesso a atividades que visam o “envelhecimento ativo”.

Acrescentamos, ainda, a seguinte indagação: Por que a grande maioria dos participantes do grupo de idosos na UBS era constituída por mulheres de melhor nível socioeconômico e cultural?

Para a compreensão dessas questões é necessário ampliar o nosso olhar para a forma como as questões relacionadas com o envelhecimento vem ocupando o enorme espaço entre os temas que preocupam a sociedade brasileira. Sob o impulso, principalmente, da necessidade de definição de um novo mercado consumidor, a velhice vem, insistentemente, sendo amplamente apresentada nos meios de comunicação como uma fase privilegiada para a realização pessoal dos indivíduos. O tema preferido das revistas voltadas para o público feminino e daquelas de divulgação da ciência para leigos é o do envelhecimento saudável, o qual ocupa espaços significativos. Esses meios de comunicação enfatizam a velhice, dentro de novos padrões, como uma experiência cheia de atividades prazerosas e outrora consideradas típicas da juventude. Junto a uma lista de pessoas com mais de 80 anos e depoimentos de destrezas, habilidades e de realização de atividades inusitadas, até para a maioria dos jovens, apresenta-se um rol de medidas para a manutenção da boa forma, tais como cuidados alimentares e exercícios físicos<sup>3</sup>. Desse modo, observa-se a recuperação do tempo perdido oferecida como mais um produto no mercado.

Em geral, os exemplos de idosos focalizados para a divulgação do envelhecimento bem sucedido são identificados nos programas especificamente destinados à população idosa que, paralelamente, proliferam com as seguintes denominações: grupos de convivência de idosos, escolas abertas para a Terceira Idade e Universidades para Terceira Idade<sup>3</sup>.

Sirvo-me do capítulo 4 da obra de Guita Debert, supra citada, e de sua análise dos Programas para a Terceira Idade e das Associações de Aposentados para compreender a constituição e a dinâmica de funcionamento de tais programas. A autora mostra que:

“Apesar da diversidade de propostas, da diferença em termos de recursos disponíveis e da diferença no interior do público mobilizado, a tônica geral é rever os estereótipos e os preconceitos por meio dos quais se supõe que a velhice seja tratada na nossa sociedade”<sup>3</sup> (p. 147).

Paradoxalmente, as principais características dos frequentadores dos programas para a terceira idade são: mulher, menos de 65 anos, bom nível de escolaridade.

dade e renda média elevada. Perfil contraditório com o que os organizadores dos programas pretendiam atrair, que era o idoso em crise, solitário e inativo, vivendo em condições precárias e em uma situação de perda. Além da discrepância entre o perfil dos participantes dos grupos e do esperado por seus organizadores, o que mais chama a atenção nesses programas é o enaltecimento do avanço da idade e a possibilidade de compartilhar no grupo, o que Debert denomina, “recodificação do envelhecimento” como vivência coletiva de negação da velhice e momento da conquista do prazer, da satisfação e da realização dos sonhos tão procrastinados. Portanto, “neles não há espaço para qualquer tipo de emoção que possa ser identificada com a velhice; não há lugar para sentimentos – quer de superioridade, quer de inferioridade – que possam ser identificados como expressão do avanço da idade”<sup>3</sup> (p. 159).

Notamos claramente que são as características explícitas da oferta dessas atividades e dos contornos que são atribuídos ao envelhecimento os fatores que acabam selecionando a parcela de idosos “aptos” a compartilhá-las.

No entanto, um olhar acurado é capaz de descobrir outros aspectos daquilo que destoa em toda essa harmonia no conjunto de valores e práticas voltado para a demonstração de que é possível ser jovem em qualquer idade. Tomo por empréstimo uma citação de Goffman<sup>4</sup>, que descreve o chá da tarde da pequena nobreza da ilha de Shetland, transcrita pela mesma autora para destacar o dissonante:

“A pequena nobreza da ilha muitas vezes discutia como era difícil se relacionar com os nativos, uma vez que não tinham interesses comuns. Enquanto dessa forma ela demonstrava boa compreensão do que acontecia se um lavrador viesse para o chá, parecia menos consciente de quanto o ‘espírito’ da hora do chá dependia de haver lavradores disponíveis para não irem ao chá” (p.152).

Voltando ao nosso grupo de idosos da UBS, instalada na longínqua periferia da cidade de São Paulo, este parece reproduzir exatamente os grupos de idosos formados junto aos programas fora da instituição de Saúde. O espaço do grupo de idosos da UBS é ocupado pelas senhoras, residentes ao redor da unidade de saúde, com o mesmo espírito de todas as mulheres mobilizadas e dispostas, participantes dos grupos da terceira idade do SESC ou das Universidades Abertas da Terceira Idade das áreas mais centrais da cidade.

Como no apólogo trazido por Goffman, embora tudo se passe veladamente à percepção dos participantes dos grupos de idosos e de seus organizadores, a formação perme de tais agregações depende da existência de idosos que efetivamente não foram convidados, de outros que não se envolvem por não se sentirem incluídos ou porque se recusam, resistem a participar do enaltecimento ao envelhecimento reinante nos grupos da terceira idade.

Iniciativas como essas da UBS são, sem dúvida, louváveis, uma vez que se esforçam em oferecer um espaço de diálogo e socialização para os idosos, colocando-se no lugar dos equipamentos sociais, inexistentes na periferia das cidades. Contudo, inadvertidamente, elas acabam por reproduzir e manter circulante um capital simbólico hegemônico e sem sentido para determinados segmentos sociais, historicamente em desvantagem. De alguma forma, a comunicação e os processos de circulação das informações acabam por favorecer certos segmentos sociais e excluindo outros que não conseguem fazer circular suas mensagens e sentidos.

Parece indicado que o processo desencadeador das diferentes formas de exclusão é extremamente complexo e nele entram em jogo vários fatores. Em todo caso, deixamos algumas pistas que, na leitura desses autores, nos foram colocadas para conseguirmos avançar no sentido de construir uma prática mais democrática capaz de minimizar as desigualdades: reconhecer a pluralidade das formas de expressão dos diferentes segmentos; proporcionar e fomentar práticas cujos espaços permitam a expressão, ampliação da circulação dos sentidos produzidos pela população sobre suas necessidades e aspirações, e sua contraposição aos sentidos produzidos pelas instituições<sup>5, 6</sup>; construir lugares de interlocução onde a distribuição do poder de falar e ser ouvido seja mais equilibrada; permitir a emergência de outros sentidos além dos hegemônicos, ampliando as condições para que os atores sociais, trabalhadores e usuários, se convertam em atores políticos<sup>1, 2</sup>.

Finalmente, portanto, para começar a organizar grupos capazes de promover as possibilidades de “envelhecimento ativo”, e se converterem em mais que chás da tarde ao estilo da pequena nobreza da ilha de Shetland, é preciso refutar a ideia de que, com o avançar da idade, as diferenças socioculturais, que marcaram todas as etapas anteriores da vida, se dissipam automaticamente e que “a idade pode oferecer uma identidade fixa, unitária e coerente”<sup>3</sup> (p. 161).

### Referências

1. Araújo IS, Cardoso J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005. p.239-251.
2. Araújo IS, Cardoso JM, Lerner K. Comunicação e saúde: um olhar e uma prática de pesquisa. ECO-PÓS 2007; 1:79-92.
3. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp; 2005.
4. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Ed; 1975.
5. Natansohn LG. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. Eptic online: Revista de Economia Política de las Tecnologías de La Informacion Y Comunicacion. [online]. 2004; VI (2): 38-52 [Acesso em 10 mar 2010]. Disponível em: <http://www.eptic.com.br>.
6. Natansohn LG. Planejamento da comunicação comunitária e institucional ao serviço da saúde. IX Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación. [online]. 2008; México DF. [Acesso em 10 mar 2010]. Disponível em [http://www.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/Comunicacion\\_y\\_salud/ponencias/GT7\\_5Natanshon.pdf](http://www.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/Comunicacion_y_salud/ponencias/GT7_5Natanshon.pdf).
7. Organização Mundial da Saúde. Active ageing: a policy framework. [A contribution of the World Health Organization to the "United Nations Second United Nations World Assembly on Ageing"; 2002 April 8-12; Madrid, Spain].



# Comunicação: vínculo e exclusão – disparidades dos discursos do corpo e da fala

Walter Muller<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo visa problematizar o estabelecimento de Relações Humanas dentro de espaços institucionalizados do sistema público de saúde e apresentar propostas efetivas em curso dentro de um Hospital Geral, no caso o Hospital Geral de São Mateus. Serão apresentados os temas: as disparidades dos discursos do corpo e da fala; a vigência de uma língua oficial e suas constantes, variáveis apenas dentro de dissimulações e seu manejo: eufemizações, figuras de linguagem, como metáforas e metonímias na relação com a zona de Indiscernibilidade da linguagem de usuários, suscetíveis a variações, fluxos e adaptações, mas “capturável” pela linguagem oficial, tanto no aspecto das apropriações como no da deslegitimação<sup>2</sup>; os processos da fala: humor como recurso de quebra de resistência e rigidez das linguagens; a relação instituição/linguagens e seus mecanismos de controle. Será discutido como o sistema de saúde está sujeito às padronizações e modelos que representam regimes de poder e de verdades (ou mentiras legitimadas)<sup>4</sup>. O usuário sabe que, ao buscar atendimento em uma instituição de saúde, também terá de lidar com os sistemas vigentes de produção de verdades. Assim, mostramos que a comunicação se dá no afeto, na confiabilidade e no vínculo, na linguagem corporal, nas quebras de padrão e no humor que passa pela “desburocratização” das relações, como também na legitimação dos afetos, da diversidade dos discursos, das culturas, dos gêneros.

**Palavras-chave:** Discurso; linguagem; vínculo e exclusão

## Abstract

This article aims at questioning the establishment of the Human Relations within institutionalized spaces of the public health system and introducing effective suggestions in course in a General Hospital, for this, the São Mateus General Hospital. The following themes will be introduced: disparities of the body and speech; the existence of an official language and its constants, which are only variable within dissimulations and its handling: euphemisms, figures of speech, metaphors and metonyms in the relation with the imperceptibility zone of the users' language, susceptible to variations, flows and adaptations, however “catchable” by the official language, either in the appropriation aspects and the delegitimization; the processes of speech: humor as a speech for breaking the resistance and severity of the languages; the institution/languages relation and its control mechanisms. We will discuss how the health system is subject to the standardizations and models that represent power and truth regimen (or legitimized lies)<sup>4</sup>. The user knows that, when pursuing medical care in a health institution, he will also have to deal with the current truth production systems. Thus, we have shown that the communication is performed in the affections, in the reliability and bonding, in the body language, the breaking of standards and humor that goes through the “debureaucracy” of the relations, as well as the legitimization of affections, the diversity of the speeches, cultures and genres.

**Key-words:** Speech; language; bond and exclusion

<sup>1</sup> Walter Muller (w-muller@uol.com.br) é médico pediatra e homeopata. Professor convidado no Instituto Sedes Sapientiae, é especializado em tanatologia pela Universidade de São Paulo (USP) e mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. Atua em serviços públicos, como arte-terapeuta e terapeuta comunitário, e desenvolve projetos de humanização no Hospital Geral de São Mateus.



**E**m um artigo publicado no volume 10 da revista Bioética, em 2002, referente ao papel da comunicação na humanização da atenção à saúde, Maria Julia Paes da Silva<sup>5</sup> nos indica como, mais do que o verbal, a comunicação se dá nas várias atitudes, olhares, toques e proximidades, e no que o corpo comunica, em harmonia ou contradição com as palavras. “Silêncios ou grunhidos, pausas, a ênfase que colocamos na voz”. Vários indícios apontados em uma pesquisa feita no St. Joseph, um hospice de Londres, reiteram a primazia do humano em resposta às questões “O que é cuidar?” e “Quando você se sente cuidado?”. Algumas respostas poderiam ser: “Cuidar é quando eu vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho de seu trabalho”; “Cuidar é quando você me faz sentir seguro em suas mãos”; “Cuidar é quando você me faz sentir que também serei capaz de me virar, espero, quando chegar a minha vez”. Isso nos remete à questão de que o cuidar não é o que infantiliza, mas o que nos torna copartícipes do processo, nos preserva e restitui a autonomia, em uma relação de legitimação de saberes diferentes.

### Vigência da língua oficial

“As palavras não são ferramentas, mas damos às crianças linguagens, canetas, cadernos, assim como pás e picaretas aos operários. Uma regra de

gramática é um marcador de poder, antes de ser um marcador sintático”<sup>2</sup>.

Gestos carregados de tensão e intenção, urros e grunhidos dissimulados. Um corpo investe as cores e roupas de seus poderes de classe e de articular palavras, suas manipulações inconscientes... Ou dissimuladas na vigência de uma língua oficial e suas constantes. Variáveis apenas dentro de dissimulações e seu manejo: eufemizações que vestem de simpatia as estratificações e discriminações, mais que tudo, naturalizam as diferenças, assim como a escravidão era natural no séc. XIX. Figuras de linguagem como metáforas, metonímias, se relacionando com a zona de indiscernibilidade da linguagem de usuários, suscetíveis a variações e assédios em que a linguagem chega na forma de fluxos de resistência ou de captura... Gírias de guetos, seduções capitalísticas do consumo em permanentes adaptações. Capturáveis pela fala oficial tanto no aspecto das apropriações como no da deslegitimação”<sup>2</sup>.

Assim, vale dizer que, da mesma forma que nos apropriamos de nossos códigos de classe, que nos legitimam, assimilamos também os códigos institucionais, os quais trabalhamos e visamos perpetuar. Momentos em que se mesclam afetos do corpo no controverso da fala e seus perceptos, ou vice versa: mensagens ambíguas questionam toda confiabilidade

- igualdades, paridades, genéricos manipuláveis na sutileza das relativizações. Universalizações de atendimentos e entendimentos sem noção de equidade. Qual primazia de desejo urgente a ser contemplado? Qual subjetividade da necessidade de cada um? O que para um é remédio, para outro é um veneno...

E é nos processos da fala que se pode instaurar um *quiebre*, uma ruptura das estruturas e zonas de rigidez e resistências que contamina todo o mecanismo da comunicação: o humor, o *nonsense* e o paradoxo risível, evidenciando o próprio paradoxo das linguagens. A linguagem como jogo, brincadeira. Zonas rígidas da linguagem são como brincadeiras mal-humoradas, bem tensionadas e mal-intencionadas...

Os sistemas de saúde se contaminam rapidamente e estão sujeitos a padronizações e modelos que, se por um lado, visam organizar os fluxos de funcionalidade, rapidamente são tomados de rigidez e paralisia e regimes paranóicos onde nada justifica a exceção à uma norma regulatória e acabam virando regimes de poder e de verdades (ou mentiras legitimadas) em que tal norma vira instrumento de submissão onde os poderes se afirmam<sup>4</sup>.

O cliente (usuário) sabe que, ao buscar atendimento em uma instituição de saúde, também terá de lidar com seus sistemas vigentes de produção de verdades. Verdades construídas culturalmente, como diz Foucault, ou construídas institucionalmente.

Mas, a comunicação se dá muito mais no afeto, na confiabilidade, no interesse e no vínculo, em que um olhar, um aperto de mão, traduzem muito além das palavras: Eu me importo com você e com a sua história. Sou solidário com sua dor e ela, imaginária ou não, é legítima. Um encontro se dá na legitimação dos afetos, da desburocratização das relações, na diversidade enriquecedora dos discursos, das culturas, dos gêneros. “Riquezas são diferenças” como diz uma música dos Titãs. Uma pretensa igualdade nos banaliza, a alteridade é o que realmente nos legitima na subjetividade. A diferença é o que nos ensina.

É importante termos em vista que muitos usuários projetam nas instituições de saúde e em seus colaboradores e atendentes uma visão de que somos agentes legitimadores e mantenedores de sua exclusão. A reprodução, pura e simplesmente, de rituais de atendimento meramente “burocráticos”, embora corretos tecnicamente, apenas reiteram a repetição do mesmo,

a surdez à singularidade do outro, ou seja, a repetição do discurso hegemônico.

Avaliamos a urgência de buscar movimentos que rompam com as extratificações e estabeleçam circularidades matriciais e sistêmicas de abordagem do administrativo e do humano.

Decorre desta constatação da necessidade de instauração de processos criativos que reverberem na transformação da vida das pessoas e em seu universo de relações.

É importante ter em vista a busca e proposição continuada de políticas de humanização, que se reconheçam e se façam visíveis, reproduzindo-se na cotidianidade dos encontros e que sejam incorporadas, quebrando a todo momento a ordem preguiçosa dos automatismos.

Tenho a sorte de estar participando de um projeto-piloto bastante interessante no Hospital Geral de São Mateus, que vem instituindo políticas avançadas de humanização, que já colhem resultados efetivos e animadores, partindo de dinâmicas multiplicadoras de alternativas em um processo de “contaminação” no qual cada projeto se remete a outro e interage com os demais, dentro de uma rede formada que continuamente se reafirma, em detrimento das engrenagens reificadoras, automatizadoras e extratificadoras. Em outra oportunidade gostaria de me debruçar mais atentamente sobre esta experiência.

Com a adoção das políticas de humanização pelo modelo SUS, abriu-se uma oportunidade preciosa, e cabe a nós decidir se humanizar é uma questão profunda ou trata-se apenas de pintar enfermarias de cor-de-rosa. Citando Claudio Cohen e Gisele Gobetti<sup>1</sup>:

“(…) O antiético seria não perceber as funções psicossociais, que são necessárias para o processo de individualização. A onipotência do pensamento, decorrente da incapacidade do reconhecimento do outro, caracteriza a permanência no estado narcísico e de relações de objeto, impossibilitando o desenvolvimento bioético”.

### Referências

1. Cohen C, Gobbetti G. Bioética da vida cotidiana. *Ciência e cultura* 2004 Out/Nov; 56(4).
2. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs Vol. 2*. São Paulo: Ed 34; 1997. p.47.
3. *Enciclopédia Einaudi Vol.22*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda; 1996. p.181.
4. Nietzsche F. Sobre verdades e mentiras no sentido extramoral. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril; 1974.
5. Paes da Silva MJ. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev. Bioética* 2002; 10(2):73.

# Ata-me: entrelinhas na comunicação de adolescentes e jovens

Maria Helena Santos<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo é resultante de trabalhos de arte-educação realizados em instituições na cidade de São Paulo com adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade. A tônica central desta reflexão é a contribuição da escuta analítica como possibilidade de lembrar histórias e memórias, possibilitando observar outros atributos a partir de palavras que permitam revelar um movimento subjetivo perdido nesses jovens, dando espaço a um movimento capaz de impulsioná-los a falar de suas histórias, mas com marcas de singularidade apropriadas à sua capacidade. A partir dessas experiências, percebemos que, mais do que uma intervenção para atender às necessidades biológicas desses jovens, é necessária uma ação que gere sentido aos atos por eles produzidos. Sendo assim, uma escuta analítica, que considere uma frase ou palavra enunciada pelo participante, pode atribuir luz a alguma marca que tenha a capacidade de conectar esse jovem à sua própria história, algum traço no qual ele possa se reconhecer. Assim, com essas intervenções, pode-se concluir que crianças, adolescentes e jovens que vivem em situações precárias e expostos a diversas violências tentam, aos seus modos, preservar algum fio condutor de saúde psíquica.

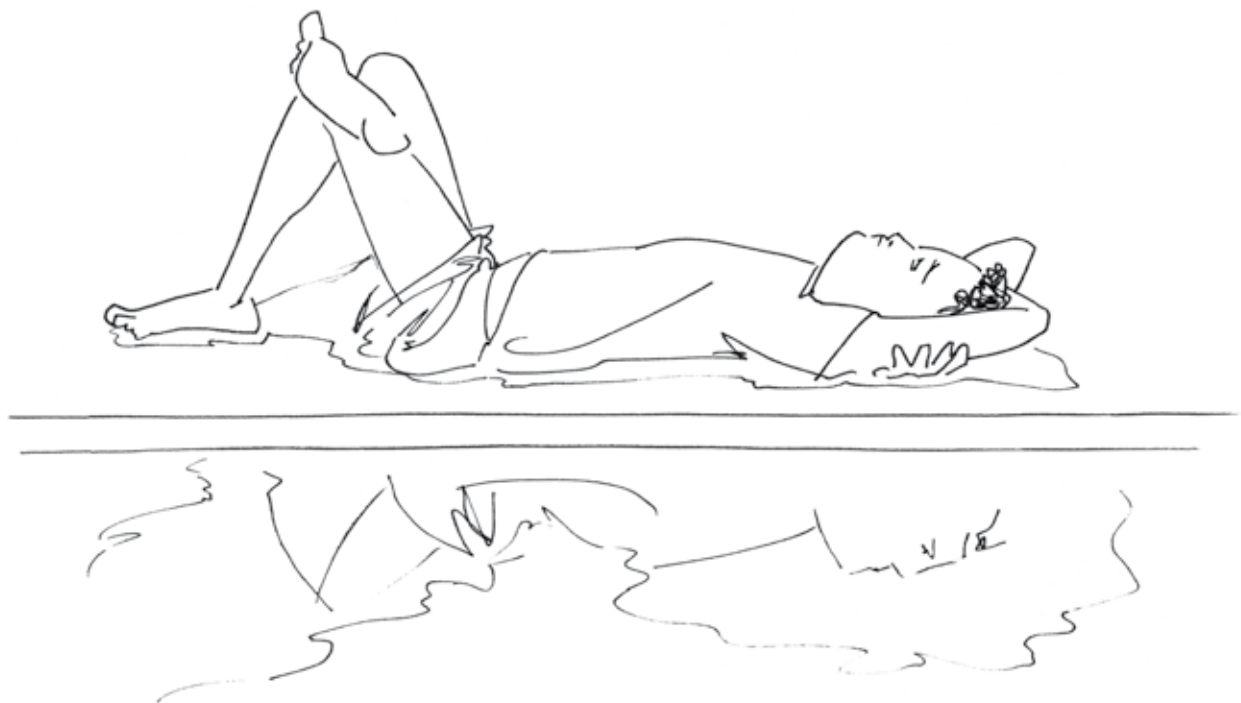
**Palavras-chave:** Arte-educação; escuta analítica; saúde psíquica

## Abstract

This article results from art-education projects performed in institutions at São Paulo with adolescents and youngsters who are in vulnerable situations. The core approach of this reflection is the contribution of the analytical perception as a possibility of remembering stories and memories, allowing to observe other attributes as from words that enable the disclosure of a subjective action lost in such youngsters, furnishing space to an attitude capable of stimulating them to speak of their stories, but with singularity traces that are proper to their capacity. As from such experiences, we have noticed that, more than an intervention to care for the biological needs of those youngsters, an action generating meaning for their acts is necessary. Thus, an analytical perception that considers a phrase or word mentioned by the participant might enlighten a certain mark that has the capability of connecting this youngster to his own history, some trace which he can self-recognize. Therefore, with such interventions, it is possible to assume that children, adolescents and youngsters that live in harsh situations and are exposed to several types of violence attempt to, according to their own criteria, preserve some connecting thread of psychic health.

**Key-words:** Art-education; analytical perception; psychic health

<sup>1</sup> Maria Helena Santos (mhele@terra.com.br) é psicóloga, educadora, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, docente do SENAC, pesquisadora e membro do Grupo de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), sob coordenação do Prof<sup>o</sup> Dr. Paulo César Endo.



**E**ste artigo é resultante de trabalhos de arte-educação realizados em instituições na cidade de São Paulo com adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade. A tônica central desta reflexão será a contribuição da escuta analítica como possibilidade de relemburar, de renomear histórias e memórias. Em alguns contextos, as comunicações feitas pelos participantes são evidências de saúde psíquica.

Freud (1913/1969), no texto “Sobre o início do tratamento”, observa a importância da utilização da transferência<sup>II</sup> no início de tratamento<sup>4</sup> com seus pacientes, e esta se dá sem nada ser feito pelo analista, a não ser ter uma postura que demonstre interesse pelo que o paciente diz. Essa fala poderá adquirir construção de sentido quando um *Outro*<sup>III</sup> pode escutá-la. Enrique Kaës<sup>5</sup> refere que a construção de sentidos acontece quando cada participante pode reconhecer valor nas ações que realiza. Nesse particular, interessa-nos pensar a fala e seus fragmentos como algo de valor, mesmo sendo aparentemente sem valor e sem

sentido, como assinala Miller<sup>7</sup>: “O sem sentido é, justamente, o criador da significação” (p.21). Citarei agora alguns exemplos para precisar ao leitor onde a escuta pode se mostrar estruturante.

Em experiências realizadas com crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo, faziam parte do projeto pedagógico os cuidados básicos com a saúde: banho, higiene dental, cuidados com os cabelos e lavagem das roupas. Geralmente, após essas ações iniciais, os presentes participavam de oficinas de arte realizadas no espaço institucional. Certa vez, juntamente com a equipe de educadores, foi realizada uma brincadeira com um grupo de adolescentes antes de o banho ser iniciado. Formou-se uma roda e cada um deveria falar o nome de uma fruta. Um dos adolescentes que frequentavam pela primeira vez o espaço mencionou a fruta maracujá. Finalizada tal brincadeira, iniciou-se o banho dos presentes. No tanque, durante a lavagem das roupas, lá estava o adolescente que havia pronunciado a palavra maracujá. Ali, em diálogos com outros meninos(as), aquela mesma palavra se repetia em sua fala. Por perto, tentando não me fazer notar, observava a conversa do grupo. A repetição da palavra maracujá me chamou a atenção, parecia existir aí algum fio de sentido. Aproximei-me e perguntei ao menino se ele conhecia pé de maracujá. Respondeu que sim. Prossegui e questionei onde ele

<sup>II</sup> Transferência é o processo pelo qual o paciente transfere atitudes, sentimentos e fantasias para o analista. Os desejos inconscientes do paciente se atualizam na relação analítica<sup>6</sup>.

<sup>III</sup> O projeto Fique Vivo desenvolveu ações de prevenção de DST/AIDS com jovens privados de liberdade na antiga FEBEM (atualmente, Fundação CASA). Realizou pesquisas qualitativas e ações preventivas com jovens por meio da arte-educação.

viu um pé de maracujá. Ele respondeu: “No sítio que eu morava com o meu avô”.

Até então, o único dado que se tinha desse adolescente era sua vivência em situação de rua. Agora, o menino do maracujá, o “menino de rua”, tem outro atributo, uma história: ele morava num sítio com seu avô. A escuta da repetição, sem valor em um primeiro momento, começa a imprimir um contorno no corpo do sujeito. Em uma brincadeira de roda, sem que soubéssemos, a pronúncia da palavra maracujá o lançaria para sua história. Era como se dali, daquela pequena palavra, outras marcas pudessem advir.

Em outra experiência profissional com jovens privados de liberdade na antiga FEBEM de São Paulo, durante uma oficina de grafite<sup>IV</sup> realizada com um grupo de 20 jovens, foi apresentado ao grupo um CD produzido nas oficinas do projeto Fique Vivo. O jovem que produzira o CD havia sido morto numa discussão de bar. Um jovem presente na oficina ressaltou que o importante é “manter a moral”, mesmo que isso custe a própria vida. Ao final do encontro, saí conversando informalmente com esse jovem. Perguntei o que fazia antes de estar privado de liberdade, e ele respondeu: “Eu roubava, senhora”. Então inquiri: “Bom, o que mais você fazia?”. Ele disse: “Ah, eu tirava um lazer, eu brincava, jogava uma bola, eu organizava um time de futebol, tinha patrocínio, era legal, senhora. Dá até saudade daquela época”.

Ouvir “dá até saudade daquela época” faz acreditar que há um movimento subjetivo perdido nesse jovem que cometeu um ato infracional. Um movimento que, nesse trecho do diálogo, o impulsiona a falar de sua história com marcas de singularidade apropriadas à sua capacidade: “Eu organizava um time de futebol”.

O que une as duas cenas citadas? No texto “Projeto para uma psicologia científica”<sup>3</sup>, Freud comenta a necessidade da existência de um *Outro*<sup>V</sup> para tornar possível a constituição da criança. Não se trata de uma intervenção somente para atender às necessidades biológicas, mas de uma ação que gere sentido aos atos

produzidos pela criança. Desse modo, um gesto, uma fala, um grito, será transformado por um *Outro* numa mensagem, na qual a criança poderá se identificar ao ser introduzida na rede comunicacional. Sendo assim, nos exemplos citados, ocupamos a função desse *Outro* com uma escuta analítica, para pinçar uma frase ou palavra enunciada pelo participante. Faz-se necessário atribuir luz a alguma marca que possa conectá-lo à sua própria história, algum traço no qual ele possa se reconhecer. Escutar por esse canal pode ser um esteio que propicie aos participantes seguir falando sobre certos acontecimentos de sua vida, ali onde parecem interrompidos. Diante da “vida nua”, aquela desprovida de condições humanas, o que restou foi sustentar a escuta, cujo desdobramento pode ser organizador.

Com essas intervenções, pode-se concluir que crianças, adolescentes e jovens que vivem em situações precárias e expostos a diversas violências tentam, aos seus modos, preservar algum fio condutor de saúde psíquica. Com alguns fragmentos que recordam de suas vidas, há indícios para atar suas histórias. Enlaçar, juntar algo deles mesmos em um momento em que, sozinhos, não podem fazê-lo. Escutar o que não se diz e apostar no que o outro diz pode ser um modo de se comunicar em busca de saúde.

<sup>IV</sup> Oficina realizada pelo grafiteiro e educador Antonio Duque – conhecido como Tota.

<sup>V</sup> Na obra freudiana o conceito de *Outro* trata do lugar do inconsciente, das memórias encobertas no sujeito que se manifesta no discurso consciente. Para Jacques Lacan o conceito de *Outro* corresponde à dimensão da linguagem - o “inconsciente estruturado como linguagem” - refere ao lugar, ao conjunto de marcas que um terceiro (o analista, por exemplo), alguém de fora que pode pressentificar algo no sujeito<sup>1</sup>.

### Referências

1. Fernandes LR. O olhar do engano: autismo e o outro primordial. São Paulo: Escuta; 2000.
2. Freud S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
3. Freud S. Projeto para uma psicologia científica. In: Obras completas V. I. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
4. Freud S. Sobre o início do tratamento. In: Obras completas V. XII. Rio de Janeiro: Imago; 1996,
5. Kaës E. Um pacto de resistência intergeracional ao luto. In: Correa OR, organizador. Os avatares da transmissão psíquica geracional. São Paulo: Escuta; 2000. p.45-59.
6. Laplace J. Vocabulário de Psicanálise. Laplace e Pontalis. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
7. Miller JA. O percurso de Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.



# Comunicação e saúde: por uma política ético-estética

Marli Fernandes<sup>I</sup>  
Mário César da Silva<sup>II</sup>

## Resumo

O presente artigo, que tem como tema Comunicação e Saúde – por uma política ético-estética, apresenta tendências de duas vertentes do pensamento contemporâneo. Ambas cartografam dispositivos distintos, porém semelhantes: analisar a resultante dos modos de criação e possíveis saídas (modos de resistência) ao modelo hegemônico de sentido e valor próprios da lógica de mercado, que caracterizam a contemporaneidade, é o que traduz pelo menos uma das vertentes; fazer composições com as resultantes dos modos de criação da cultura e possíveis saídas (modos de resistência) ao modelo do capitalismo atuante, pelo qual todos nós – comunicadores de saúde, ou não – estamos contaminados. Estas questões da comunicação em geral nos circunda e nos afeta em nosso modo de agir. Mesmo de modo breve, percebe-se que “tudo” remonta a uma questão ético-política e estética. Trata-se, portanto, de comunicar, difundir e identificar os recursos (des) potencializadores da qualidade de vida, os sinais da cultura, os modos de existência frente aos fatos adversos e cotidianamente ativados pelos organismos socioculturais coexistentes e na comunicação do mundo globalizado (foto 1). Salta-nos aos olhos esta questão, que talvez seja o caráter inovador do tema: os efeitos imediatos dirigidos ao papel do profissional e do trabalhador da saúde que, diante das sensibilidades da produção de subjetividades no mundo contemporâneo, percebe estas multiplicidades e se pergunta a respeito destas configurações, de um mundo de velocidades infinitas, virtuais, nem por isso irrealis e que nunca cessam de produzir o real.

**Palavras-chave:** Ética; estética; subjetividade

## Abstract

This article, themed Communication and Health – for an ethical-aesthetical posture, provides trends from two contemporary lines of thought. Both record distinct however similar devices: analyze the result of the development methods and ways out (resistance methods) of the hegemonic model of meaning and value that are typical from the market logic, that feature the contemporaneity, is what at least one of the lines of thought translates; to make compositions with the outcomes of the development method for culture and possible ways out (resistance methods) of the prevailing capitalism model, which we are all infected, either health communicators or not. These communication issues generally surround and affect our actions. Even briefly, one can notice that “it all” goes back to an ethical-political and esthetical issue. Therefore, it deals about communicating, spreading and identifying the (un) intensifying life-quality resources, the cultural signs, the existence modes upon the adverse facts and regularly activated by the coexisting social-cultural organisms and in the same communication of the globalized world (picture 1). This outstanding issue could be considered the innovating feature of the theme: The immediate effects driven to the role of the health professional and worker that, facing the sensibilites of the production of subjectivities in the contemporary world, observes such multiplicities and is wondered about such configurations, of a world of infinite, virtual speeds, which are not unreal and never cease to produce the real.

**Key-words:** Ethics; esthetics; subjectivity

<sup>I</sup> Marli Fernandes (marlif@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, pesquisadora do Instituto de Saúde e mestre em esquisoanálise pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. É membro da revista eletrônica Cadernos de Subjetividade do Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP.

<sup>II</sup> Mário César da Silva (marioscesar@yahoo.com.br) é psicólogo, profissional do projeto Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD Itaquera-São Paulo).



Foto 1 – Desigualdade Social e micro-resistências nos espaços urbanos na cidade de São Paulo. Marli Fernandes. Fotos originais de Marli Fernandes em composição com Ivan Fernandes Carneiro. São Paulo, 1996.

Diante da amplitude do tema Comunicação e Saúde e das múltiplas possibilidades de suas abordagens conceituais, faz-se necessário reconhecermos a impossibilidade de se discutir estes macrotemas em seus aspectos globais.

Destaco, aqui, duas vertentes de pensamento, ambas inovadoras, mas distintas: a primeira questão problemática, em especial, está sobre o cogito da comunicação na sociedade contemporânea, explicitada no pensamento de Deleuze e Guatarri quando afirmam que: “(...) não nos falta comunicação, ao contrário, temos comunicação demais, falta-nos criação. Falta-nos resistência ao presente (...)”<sup>III</sup>.

Marquemos esta enunciação, que nos servirá de alicerce à consistência dos conceitos envolvidos pelos temas. O segundo campo de pensamento, o qual também nos provoca inquietação, seria a forma de veiculação em que a comunicação em saúde tem surgido e é produzida nos últimos tempos, na esfera pública, no campo da pesquisa em comunicação e saúde e, sobretudo, em seus efeitos práticos, nos serviços de saúde, no dia a dia do pesquisador e do trabalhador da área da saúde.

Navarro<sup>9</sup>, um inovador do tema em comunicação, prenuncia, de certo modo, uma mesma questão problemática quando afirma que “as tecnologias têm cada vez mais impacto na vida cotidiana e na sociedade. Mas o que se observa, em geral, são apenas as características quantitativas deste processo: o grande número de pessoas e máquinas envolvidas, sua penetração em cada vez mais setores, o caráter generalizado, os recursos envolvidos, etc.”

A ascensão da mídia e da indústria de propaganda, por exemplo, remodelam incessantemente, ao mesmo tempo, os macro e microuniversos individuais e coletivos, como família, profissão, trabalho, classe social, saúde. Neste ponto, ambos os autores, a princípio, se inter-relacionam, apesar das diferenças conceituais. E, mais ainda, apontam para a mesma questão problemática, o que nos leva a redimensioná-la. Se por um lado, há um excesso de comunicação, a segunda vertente diz: “fabrica-se invenções tecnológicas de caráter instrumentalista, reforçando uma comunicação que deveria recriar as demandas sociais e mais que apenas traduzi-las”<sup>9</sup>, ressaltando que estas demandas, em sua recriação, exigem uma reaproximação do campo estético-cultural, territorial, religioso, das lideranças comunitárias, etc.

Como em toda revolução e ruptura, a prática empírica prevalece sobre a consciência, e é neste ponto

<sup>III</sup> Pelbart P. Um mundo em que acreditar. [Aula do curso de pós-graduação do núcleo de subjetividades - PUC; 2008; São Paulo, Brasil].

que devemos nos ater. Somos, hoje, uma aldeia global informatizada, e o advento da informática certamente produziu mudanças no modo de existência de todas as criaturas do planeta. A maior prova disso é que hoje podemos categorizar seres, para além da ideia de animados ou inanimados, também como sendo *plugged* ou *unplugged*. Outro exemplo empírico, tendo esgotado os horizontes visíveis para a expansão capitalista, é o plano da invisibilidade, no qual o Capital passa a extrair as fórmulas de recriação em suas diferentes manifestações. Assim, o neocapitalismo convoca e sustenta modos de subjetivação singulares, porém, apenas para serem reproduzidos, separados de sua relação com a vida, reificados e transformados em mercadoria: clones fabricados em massa, comercializados como identidades despotencializadas. Para exemplificar esta configuração, basta observar as pesquisas genéticas que resultam num banco de dados de DNA, o qual alimenta a indústria biotecnológica com matrizes a serem reproduzidas, até mesmo num futuro remoto ou talvez inexistente, de acordo com a exigência de seus consumidores<sup>12</sup>.

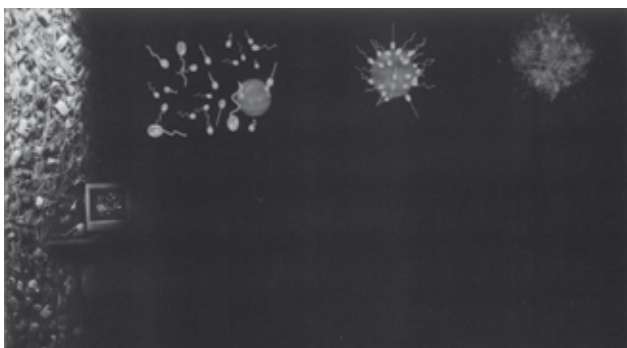


Foto 2 – Fertilidade Mediática Urbana. Eide Feldon. Vídeo instalação. Rede de Tensão, Paço das Artes, 2001, São Paulo. Curadoria de Vitória Daniela Boussopro.

As transformações que nós vivemos envolvem processos cognitivos, práticas estéticas e educativas, aparatos de cultura, dispositivos de interação, suportes técnicos, estruturas comunicativas, todos os elementos capturados pela produção de subjetividades. Faz-se necessário lembrar o equívoco epistemológico sobre o conceito de subjetividades: o termo subjetividade, tão aberto a várias composições na expressão do senso comum, trata, na verdade, do campo do desejo<sup>IV</sup> como

<sup>IV</sup> Para Deleuze G e Guatarri F<sup>1</sup>, a noção de desejo não restringe a noção de “falta”, descrita por Freud na sua teoria da sexualidade infantil.

manifestação de produção de subjetivação de potencialidades, dos planos de pluralidade, de diferenciações. São engendramentos com o modo de agir ou mesmo com a própria lógica do sentido da vida, não apenas efeitos das configurações do subjetivo, ou do psicológico – a forma identitária do psicológico como força reaseguradora do eu (psicológico).

Cabe-nos, dentro dessa concepção, saber que qualquer ação humana é produzida não por um sujeito autônomo, mas por uma conjuntura singular de forças<sup>2</sup>. Dentro desse contexto em que estamos mergulhados pelas comunicações com as ondas do tele-tudo ou espaços protovisuais, o ciberespaço: computadores, ondas de satélites que vão substituir as normas, as leis, a ordenação direta, a ética<sup>13</sup>, não há exagero em afirmar, nas redecodificações em escala nunca vista, os ditames capitalísticos mercadológicos se alimentando e reativando estes mecanismos.

Neste ponto, é interessante citar a noção de cibercultura que vem se delineando nas últimas décadas de maneira exponencial. Refletindo a partir da questão suscitada por Levy: “o que acontece com a distinção bem marcada entre o sujeito e objeto do conhecimento quando nosso pensamento encontra-se profundamente moldado por dispositivos materiais e coletivos sociotécnicos”<sup>7</sup>, surge o questionamento sobre quem ou qual sujeito se fala. Não é difícil compreender que, se existe uma singularidade, sem dúvida, há uma modulação engendradora pela produção de subjetividades.

Levy defende a tese de que a cultura atual “seria um coletivo pensante homens-coisas, coletivo dinâmico povoado por singularidades atuantes e subjetividades mutantes”<sup>8</sup>, para desenvolver seu conceito de *ecologia cognitiva*. Para ele, a cibercultura promove uma alteração na essência da cultura em si, a qual denomina “Universo sem totalidade”.

Desta forma, tudo nos leva a crer que o mercado, distribuidor de riqueza e pobreza no mundo capitalista, nos impõe “uma modalidade generalizada, em extrema seriação” (o mundo web não está fora desta máquina de captura). “Há uma extrema velocidade, uma hipnose tele-midiática”<sup>10</sup>. Elas são instáveis e permanentemente submetidas às transformações e atualizações produzidas pelos desafios quase sempre mercadológicos: os avanços tecnológicos, biogenética, convergências digitais, efeitos adversos da mundialização, os novos papéis do Estado e as reflexões

das perspectivas do futuro num país de desigualdades econômicas avassaladoras. Estes efeitos provocam mobilidades generalizadas: nas músicas, nas modas, nos comerciais publicitários, na informática, no sistema cultural, no sistema da Saúde, no meio ambiente, etc. Se há evidência de que vivemos “uma crise da civilização, da qual todos fazemos parte, e se ela existe, é também, certo que há uma crise de nossos instrumentais de análise e avaliação”, disse Gilberto Gil, quando ministro da Cultura. Como esses autores nos indicam, as forças constituem, pressionam e desestabilizam as subjetividades. Malgrado este tipo de apropriação, a metrópole secreta suas linhas de resistência, configurando novas produções de subjetividades, como, por exemplo, nos espaços-detritos, favelas, terrenos baldios, ocupações nos espaços urbanos deteriorados e ativados pela população dos sem teto – que não são delimitados pelas configurações do dinheiro, da produção ou da habitação, per si, ou mesmo o mercado da informalidade. Podem exibir exemplos não tão significativos destes planos, porém parte dele pode ocupar este “entre”, esta fronteira, de possíveis espaços chamados por Deleuze de máquinas de resistência.



Foto 3 – Desigualdade Social: criação de resistências. Arte/Cidade. Máquinas de Guerra contra os aparelhos e Captura. Largo da Concórdia. Dercon C. e Brissac N. São Paulo, 1996.

Configurando estas sensibilidades com estas questões problemáticas, é lógico nos perguntar qual é o papel da pesquisa na comunicação da saúde, da comunicação para além da informação *per si*, ou da comunicação como geradora de sentido da vida, conectora de informações relevantes à população em suas necessidades mais intensivas e afetivas.



Foto 4 – Rede social comunicacional ético-estética. Rede e Agenciamento. Fonte: www.rizoma.net

Talvez, a maior contribuição em pesquisa de comunicação e saúde, e na avaliação dos serviços de saúde implantados pelo SUS, seja a pesquisa participante ou de ação, pois, em si mesma, ela traduz uma metodologia de confiabilidade, de vínculos entre os participantes e de uma possível gestão da própria comunidade. De outro modo, pode-se afirmar que estas pesquisas deveriam reafirmar o papel das redes socioculturais de saúde, de arte, etc e efetivar as ações necessárias que potencializassem a criação da população participante. Este papel de ativar as redes sociais, sejam elas ativadas no campo da saúde ou não, é fundamental do pesquisador ou comunicador nas ações públicas ou privadas. Mas, não se esgota aqui o papel do comunicador da saúde.

Uma das principais diferenças da pesquisa tradicional e da pesquisa participativa/ação é que o objeto da pesquisa deve ser definido pela população envolvida, pelas *necessidades emergentes*. É a este compartilhamento que o investigador da comunicação e saúde deve dar atenção. Além disso, os profissionais, pesquisadores e trabalhadores, devem tomar conhecimento da realidade na qual vão trabalhar, através de estudos prévios, dados secundários e entrevistas com as lideranças locais. Portanto, não existe uma fase de trabalho de campo como na pesquisa tradicional, mas uma geração de conhecimento dentro da ação de pesquisa, em que pesquisador-comunicador profissional e população interessada se beneficiam mutuamente da experiência um do outro.

Ressaltamos, aqui, que não nos detemos, neste artigo, nas variações das teorias da comunicação em geral, na captura dos fatos somados à isenção subjetiva, por exemplo, extremamente difundida entre os jornalistas representantes dos chamados “fatos em si dos noticiários da TV, etc”.

Voltemos às questões problemáticas mais concretas e atuais realizadas em recentes pesquisas na área da saúde e de gestão nas políticas públicas, e à noção de rede substitutiva em saúde mental, por exemplo. Em Venâncio<sup>v</sup> e Fernandes<sup>3</sup>, observou-se uma enorme discrepância comunicacional pontuada pelas análises qualitativas, em vários níveis, na construção do sistema de referenciamento das ações em saúde. Dentre alguns deles, temos: os instrumentos de avaliação são insuficientes e inadequados ao considerar os aspectos de integralidade e de universalidade em que gestores possam identificar e divulgar estes diagnósticos, internamente e nas esferas regional e estadual de saúde; ou, ainda, criar e ativar o sistema de comunicação, inclusive na priorização de escolhas temáticas nos colegiados regionais.

Este excesso de fragmentação, bem como certa falta de visão de totalidade do território pesquisado, fragiliza todo o sistema e produz elementos de alienação social e cultural vitalizados. Outro exemplo de fragilidade e de alienação social vimos no Programa Integrado de Inclusão Social 1 - PIIS<sup>11</sup>.: “depois de um ano e meio de desenvolvimento dos 14 projetos em ações integradas, o diagnóstico participativo apontou uma questão fundamental: as pessoas continuavam percebendo esse conjunto de ações que nós estávamos fazendo, na favela, com uma atitude de benemerência do poder público para com ela”, afirmou o secretário de Participação Cidadã da Prefeitura de Santo André, Pedro Pontual.

Isto vai exatamente no sentido contrário do que deveria ser uma produção de pesquisa participativa em comunicação e saúde, que é desenvolver a potência de agir, de revitalizar os sinais da criação da cultura local, de dar sustentação para a reinvenção subjetiva e coletiva, de desenvolver a consciência de que a esfera pública, privada ou terceiro setor, seja qual for o nível de atuação, é agente da construção de direitos e não a representação da ideia de benemerência. E todas estas questões devem ser comunicadas e acessadas para a população. Desta forma, surge a seguinte questão: por que aquelas pessoas não conseguiram internalizar a ética do direito que lhes pertence e a

possibilidade de manifestarem seus desejos, mesmo que não referentes a equipamentos de alta complexidade? Este é o ponto nodal ao que se refere Deleuze, pois é preciso dar voz e escuta para a resistência local, para a construção da alteridade e o acesso à comunicação em geral, reverberando a potência da vida, o poder da vida. Eis o nosso desafio.

---

<sup>v</sup> Venâncio V, et al. Referenciamento regional: compatibilizando, universalidade e integralidade no SUS-SP. [Projeto do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo financiando por convênio FPESP/CNPQ-Processo 2005/58542].

### Referências

1. Deleuze G e Guattari F. *Cobersações 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed 34;1992.
2. Fernandes M. A produção de subjetividades: o poder da vida e o poder sobre a vida. In: Vilella W, Kalckmann S, Pessoto UC, organizadores. *Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2002.
3. Fernandes M, et al. *Desafios e Perspectivas do SUS na saúde mental e as suas ocorrências em álcool e drogas: uma análise qualitativa*. Recife: Abrasco; 2009.
4. Fernandes M, Rosa TE. As Práticas da Cultura e da Saúde: um rastro nas produções de subjetividades. *BIS* 2007; (41):4-5.
5. Gattari F. Oralidade maquinímica e ecologia do virtual. In: *Caosmose*, São Paulo: Ed 34; 1992. p.115.
6. Karruz AP, organizador. *Qualidade de vida, observatórios, experiências e metodologias*. São Paulo: Annablume; 2002.
7. Levy P. *Cibercultura*. São Paulo: Ed 34; 1999.
8. Levy P. *As Tecnologias da Inteligência*. Rio de Janeiro: Ed 34; 1993.
9. Navarro E, Marteleto M. *Informação, saúde e redes sociais, diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré*. Fiocruz; 2009.
10. Pelbart P. *Vertigem por um fio: políticas da Subjetividade*. São Paulo: Iluminuras; 2000. p. 15
11. Pontual P. *Qualidade de vida, participação e percepção da população*, In: Keinert T, Karruz AP, organizadores. *Qualidade de vida, observatórios, experiências e metodologias*. São Paulo: Annablume; 2002.
12. Rolnik SB. *Festejada Indisciplina*. In: Hoffmann J, Vanderlinden B, organizadores. *It is Happening Elsewhere: Indiscipline, "Bruxelles/Brussels 2000, European City of Culture of year 2000"*. Bruxelas; 2000.
13. Rolnik S. *Subjetividade e globalização*. Folha de São Paulo (Caderno Mais!) 1996 maio 19.

# Imersões, reciclagens e singularidades

Fabiane Borges<sup>I</sup>

Marc Etlin<sup>II</sup>

## Resumo

Neste texto, a questão da imersão é trabalhada como um modo de perceber/sentir um determinado espaço/tempo, casual ou produzido voluntariamente, usada aqui segundo o conceito de Deleuze para acontecimento, ou seja, trata-se de extrair, de seus entremeios, uma viva ideia de ativismo, uma disposição individual/coletiva para criação de situações de resistência aos paradigmas ambientais-político-sociais da contemporaneidade.

Uma imersão coletiva é a circunstância rítmica com atuação incisiva sobre os corpos. Desse modo, nossa especulação gira em torno das potencializações que o encontro entre ação, corpo, tecnologia e tempo depreendem, e também como se constituem as relações rítmicas internas e externas à imersão. É um recorte específico, mas não restritivo. Interessa-nos pensar práticas de relação entre redes sociais diferentes entre si, em contextos imersivos coletivos, a fim de testar linguagens e deflagar processos de coconstituição de realidades e subjetividades, considerando as singularidades temporais, espaciais, territoriais e culturais de onde se está, pois imergir coletivamente em um local sem dar a devida atenção ao ambiente como um todo é ignorar a força, a sabedoria e o poder do ambiente, o qual determina os graus de relacionamento, ativando ou restringindo potencialidades.

**Palavras-chave:** Espaço-tempo; redes sociais; contemporaneidade

## Abstract

Within this context, the immersion issue is dealt as a way of perceiving/feeling a certain space/time, occasional or voluntarily produced, used here according to a concept by Deleuze for happenings, that is, it is about extracting, its insertions, a vivid idea of activism, a individual/collective arrangement for the creation of resistance situations targeting the environmental-political-social paradigms of the contemporaneity. A collective immersion is the rhythmic circumstance with incisive acting upon the bodies. Thus, our speculation surrounds the intensifications that the encounter among action, body, technology and time infer, and also how the rhythmic relations internal and external to the immersion are established. It is an important clipping although not restrictive. It is important for us to think of relation practices within social networks that are inwardly distinct, in collective immersive contexts, targeting the testing of languages and triggering co-constitution of realities and subjectivities, considering the temporal, spatial, territorial and cultural singularities of where one is, for, collectively undergoing a location without paying the due attention to the environment as a whole is to ignore the strength, the wisdom and the power of the environment, which determines the relationship levels, triggering or restricting the potentialities.

**Key-words:** Space-time; social networks; contemporaneity

<sup>I</sup> Fabiane Borges (catadores@gmail.com) é psicóloga, ensaísta, pesquisadora de saúde, arte, mídia e comunicação.

<sup>II</sup> Marc Etlin (marcetlin@gmail.com) é escritor e pesquisador, atual editor da revista bianual *É-misférica*, do Instituto Hemisférico de Performance e Políticas nas Américas.



imersão é uma disponibilidade, um engolfamento, um mergulho e, se bobear, um afogamento.

Trata-se de um modo de perceber/sentir um determinado espaço/tempo casual ou produzido voluntariamente. Utilizamos a palavra imersão no rastro do conceito de Deleuze: acontecimento<sup>III</sup>, extraindo de seus entremeios, uma viva ideia de ativismo, pois estamos falando de uma disposição individual/coletiva para criação de situações de resistência aos paradigmas ambientais-político-sociais da contemporaneidade.

Uma imersão coletiva é circunstância rítmica com atuação incisiva sobre os corpos dispostos a vivenciarem a experiência; nossa especulação gira em torno das potencializações que o encontro entre ação, corpo, tecnologia e tempo depreendem, e também como se constituem as relações rítmicas internas e externas à imersão. É um recorte específico, mas de modo algum restritivo.

<sup>III</sup> Acontecimento como algo além do que é atualizado, algo que escapa à narrativa individual, mas que é compartilhado como realidade. Acontecimento como algo que está entre as coisas, que apesar de sua incorporalidade, se manifesta. A imersão apresenta esse dado de virtualidade também, incorporal, porém experimentada. Para aprofundar o assunto, procurar: Deleuze G e Guattari F<sup>8</sup>.

<sup>IV</sup> A música noise é conhecida por sua cadência não rítmica, não obedece a escalas musicais, não se utiliza de conceitos como sons harmônicos ou melódicos. Sua grande difusão começou com as experimentações da música industrial nos anos 1970, assim como tem forte influência do movimento punk, underground dessa mesma época. É som experimental que utiliza o ruído para construção da obra sonora, muitas vezes abrindo mão da ideia de instrumento musical, tornando qualquer som, advindo de qualquer lugar como propício para criação.

Cada singularidade tem seu próprio ritmo-base e, quando desafiada a imergir coletivamente numa determinada situação, necessariamente vai sofrer modulações de seus dados e interferência dos ritmos existenciais alheios, alternando entre sua própria base rítmica e a disritmia (noise)<sup>IV</sup>. Sincronização rítmica é a mais difícil tarefa de uma imersão coletiva, por isso ela é um processo experimental antes de um objeto melódico. O objetivo consensual harmônico pode facilmente se tornar ideológico, no pior sentido da palavra. O consenso não é lógico. Isso não quer dizer que seja ilógico. Ele é constitutivo e por si só um acontecimento. Interessa-nos pensar práticas de relação entre redes sociais diferentes entre si, em contextos imersivos coletivos, a fim de testar linguagens e deflagar processos de coconstituição.

Processos de coconstituição de realidades e subjetividades. Para qualquer inventiva imersiva, tem-se que levar em conta as singularidades temporais, espaciais, territoriais, culturais de onde se está. Essa abertura para o local é nosso maior foco de experiência e aprendizagem, porque conta com a radicalidade da alteridade. Imergir coletivamente em um local sem dar devida atenção ao ambiente como um todo, é ignorar a força, sabedoria e poder do local. O ambiente determina os graus de relacionamento, as alianças, e ativa ou restringe potencialidades. Imergir ativamente num am-



biente ou criar um ambiente para imersão é trabalho de feiticeiro. É magia. E nosso trabalho se baseia muito em pressupostos mágicos, xamânicos e em técnicas de intensificação de consciência, porém sem nenhum vínculo transcendente/religioso. A mistura dos diversos ritmos, somada aos atributos locais, é suficiente para essa mudança de frequência, mas pode-se ir mais longe nessa intensificação. Podemos entender ambientes no seu sentido macro ou micropolítico, pode ser tanto uma ocupação sem teto, uma pequena associação de lavadeiras cantoras ou uma cidade como o Rio de Janeiro. O local não está confinado na geografia, há também os espaços públicos da linguagem, da subjetividade, os espaços virtuais, as redes sociais, em última instância, tudo o que está ou que devêm.

Recombinações de redes em espaços/tempos imersivos são dispositivos de fomentação de novos modos de fazer política e de existir no mundo. Por traz de qualquer aparato social ou tecnológico estão os sujeitos e é sempre dessa dobra e desdobra do mundo em si e o si inundado que se trata nosso assunto. Essas novas bases digitais tem se tornado um importante foco de pesquisa e experimentação para o nosso trabalho. Uso de tecnologias digitais artísticas e midiáticas e técnicas corporais advindas do teatro, performance, dinâmica de grupos, têm colaborado para criarmos ambientes imersivos mais eficazes no tocante ao descongelamento de papéis fixos, de trocas afetivas e conceituais baseadas numa experiência coletiva altamente concreta, apesar de sua virtualidade imersiva.

A interferência DST/AIDS e Multimídia<sup>v</sup> foi feita em dezembro de 2005 junto à rede que atua com DST/Aids e moradores de rua em São Paulo. Participaram do workshop cerca de 40 pessoas, representando 40 instituições diferentes como ONG's, instituições de saúde, casas assistenciais, etc. Nesse dia, realizamos uma imersão produzida a partir de 1 - materiais utilizados por moradores de ruas (papelão, lonas pretas, cobertores cinzas, elementos de uso doméstico, marmitas), 2 - materiais multimídicos (projeção, programas de som – emissores e receptores – microfones distribuídos, iluminação com luz e velas, etc), 3 - materiais humanos (programador sonoro, vj, video maker). Todos

esses materiais eram responsáveis pela produção de ambiente, que se transformou de uma sala simples, em um ambiente imersivo (mágico) desviando totalmente a ideia de reunião institucional. Os sons e imagens de rua, previamente captados, misturavam-se às novas imagens que estavam sendo produzidas e eram lançadas nas paredes e sobre os corpos das pessoas. Uma pessoa começava a dar um discurso no microfone, e esse discurso era trocado por uma fala de uma moradora de rua, que se misturava com o dela e, dessa forma, já não se sabia quem era o emissor da informação, enquanto algumas outras palavras se produziam no ambiente, formando uma espécie de espiral sonoro de repetição, amplificação, cadências, cortes, etc.

Dessa forma foi feita a discussão principal, que era sobre contágio e vulnerabilidade. Os participantes demoraram um pouco para perceber que estavam diante de um novo paradigma de encontro, que atualizava um discurso múltiplo, que não cabia somente no discurso lógico individual e, aos poucos, começaram (alguns) a sentir curiosidade por aprender um pouco mais sobre a aparelhagem, o que era também disponibilizado. Cada um dos proponentes sabia da sua função de compartilhar o segredo da máquina. Cabe lembrar aqui que, inclusive nós, proponentes, submergimos à imersão e não tínhamos controle total sobre a modulação das novas informações.

Foi inevitável algum tipo de direção, pois se tratava de uma experiência nova para nós, e não tínhamos experiências suficientes para diminuir o papel de controle, apesar de o trabalho ser inspirado em toda uma tradição vanguardista do sec. XX, que vai desde o futurismo, dadaísmo, surrealismo, movimento beat, hippie, wave, punk, rave, happening, performance, até as últimas experimentações eletrônicas, que já atuam há muito tempo com esses questionamentos sobre o papel da modulação. Mas, no que tange a trabalhos clínicos, desconhecemos.

Esse é um dos mais caros questionamentos, é possível abrir mão do papel da modulação incisiva para confiar mais na construção do espaço como dispositivo disparador do elemento com o qual se quer trabalhar? Ou seja, é relevante confiar mais nos signos, nos materiais, nas longas pesquisas/vivências prévias sobre os conteúdos comuns ao evento, a disponibilização para vivenciar literalmente o tema em questão, de forma aberta e imersiva sem ficar controlando inteiramente a comunicação? Os trabalhadores

<sup>v</sup> Feito pelos coletivos Catadores de Histórias, Bijari, Tzzá e Oráculo Tecnológico a pedido do Programa DST/Aids do Ministério da Saúde do Governo Federal. Organizado por Fabiane Borges. 12/2005.

dessas redes tiveram que lidar com um evento que abria mão de seus raciocínios lógicos, suas queixas profissionais, seus consensos sobre inclusão social e o papel do estado e instituições, para serem, eles próprios, desafiados a incluírem-se num contexto de amplificação, no qual tudo que tocavam, mexiam ou falavam ampliava-se ou até sucumbia no espaço imersivo. No final, abrimos um tempo para elaboração do acontecimento, mas desconfiamos que não fosse a melhor forma de acabar com o encontro, pois, com a palavra, parece que a experiência se concretiza e ameniza a potência do estranho, do incompreendido, amenizando também, nesse caso específico, a premência do assunto debatido: contágio e vulnerabilidade.

Amplificações de realidades complexas pressupõem certa fidedignidade aos acontecimentos, pois dependem de um sistema de integração entre transmissores e receptores, de modo a fazê-los imergir e expandir-se, ao mesmo tempo. O agigantamento dos sinais fracos emitidos por determinado aparelho (tech-social) tem a função de inscrever esses sinais (desejo-energia) de forma mais potente, e sua abrangência depende dos sistemas de modulação. Os moduladores não são dispositivos neutralistas, mas sim aparelhos irradiadores atentos ao transporte das ondas portadoras de conteúdos. São capazes de transmitir e fazer variação desses conteúdos de acordo com as vontades internas e externas à ação. A modulação nada tem a ver com governabilidades ou estatutos, mas com a intensidade e frequência do sistema integrado de amplificação. Sua conexão é temporária, não pressupõe nenhuma forma de permanência pra além do seu próprio tempo de duração, mas é necessário pressupor certa nitidez na irradiação que não se refere aos sistemas de inteligibilidade padrão, mas à confluência dos diversos conteúdos.

A amplificação desses sinais, quando eficiente, cria uma rede ampliada sonoro-existencial, que conecta superfícies interativas, promovendo ampliação de sentidos e alianças para além do evento/acontecimento. Não pretende abarcar o mundo inteiro, mas cria um espiral transversal, no qual as alianças podem ser produzidas com maior facilidade, amplificando notoriamente a experiência e suas linhas interativas. A amplificação pode ser considerada uma ferramenta tecnológica e esquizoanalítica, cujo funcionamento desdobra-se em operações técnicas, táticas e terapêuticas.

Ao longo do nosso percurso, temos tentado criar espaços/tempos produtores, com caráter imersivo, que permitam que a crônica social se manifeste e que o diálogo dos diferentes se expresse, a partir de propostas artísticas, estéticas e políticas. Não atuamos com um espaço público que está lá, esperando nossa intervenção, mas o criamos a partir de eventos recorrentes que se tornem pontos específicos e eficientes de produção, criação e amplificação de códigos, sistemas de interação corpóreos e espaciais. Imergir no espaço público da cidade, mas, ainda mais, criar um espaço comum de coconstituição de realidades, reciclagens e singularidades.

### Referências

1. Alliez E, organizador. Gilles Deleuze: uma vida filosófica. São Paulo: Ed. 34; 2000.
2. Artaud A. Linguagem e vida. São Paulo: Perspectiva; 1995.
3. Artaud A. O teatro e seu duplo. 2 ed. São Paulo: Martins fontes; 1999.
4. Beckett S. O inominável. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1989.
5. Cohen R. Performance como Linguagem. São Paulo: Perspectiva; 2002.
6. Cohen R. Work in progress na cena contemporânea. São Paulo: Perspectiva; 1998.
7. Deleuze G e Guattari F . Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed 34; 1995.
8. Deleuze G e Guattari F . O Que é Filosofia? Rio de Janeiro: Ed 34; 2000.
9. Deleuze G. Crítica e Clínica. Trad. São Paulo: 34; 1997.
10. Deleuze G. O Pensamento do Exterior. São Paulo: Princípio; 1990.
11. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Ed Escuta; 1998.
12. Hardt M e Negri A. Império. Rio de Janeiro: Record; 2001.
13. Hardt M e Negri A. Multidão: Guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record; 2005.
14. Machado R. Zaratustra: tragédia nietzscheana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
15. Nietzsche F. Ecce Homo. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
16. Nietzsche F. Além do Bem e do Mal: Prelúdio a uma Filosofia do Futuro. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
17. Preciado B. Testo Yonqui. Madrid: Espasa; 2008.
18. Virno P. Virtuosismo e revolução: a idéia de “mundo” entre a experiência sensível e a esfera pública. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
19. Virno P. Gramática da multidão: para uma análise das formas de vida contemporâneas. Santa Maria; 2003. Disponível em: [http://es.wikipedia.org/wiki/Paolo\\_Virno](http://es.wikipedia.org/wiki/Paolo_Virno).

### Sites Consultados

<http://pub.descentro.org/>  
<http://metareciclagem.org/drupal/>  
<http://submidia.radiolivre.org/submidialogia/>  
<http://www.radiolivre.org/>  
<http://cassandras.multiply.com>  
<http://transversality.blogspot.com>  
<http://www.interfaceg2g.org/>  
<http://blogs.metareciclagem.org/efeefe/>  
<http://www.midiatatica.info/>  
<http://www.midiaindependente.org/>  
<http://hemi.nyu.edu/>  
<http://integracaoemposse.zip.net/>  
<http://mapeia.blogspot.com/>  
<http://picasaweb.google.com.br/catadores>  
Para EIA (Experiência Imersiva Ambiental) <http://mapeia.blogspot.com>

## Cidade solo: passos, saúde, cidade

Belkis Trench<sup>1</sup>



Carregado de mim ando no mundo  
E o grande peso embarga-me as passadas,  
Que como ando por vias desusadas,  
Faço o peso crescer, e vou-me ao fundo (...) (G.Mattos)

---

<sup>1</sup> Belkis Trench (trenchb@isaude.sp.gov.br) é doutora em Psicologia, pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Participou, com algumas das fotografias apresentadas no ensaio Cidade solo, da Exposição Mostra Casa FUJI de Fotografia, em 2002.

## Só se vê aquilo que se olha



De tanto esgarçar os ligamentos e torcer o tornozelo nas ruas de São Paulo, forçosamente tive que desenvolver o hábito de caminhar pela cidade<sup>11</sup> não vendo nada, a não ser pisos e calçadas. Minhas primeiras andanças foram, de início, um verdadeiro suplício. Cada buraco que via, meu corpo se retorcia, pernas endureciam e o tornozelo tremia, amolecia.

São Paulo é uma cidade que nos obriga a andar olhando para o lugar onde se pisa. Passo a passo caminhamos à espreita. Nosso corpo é duro, concretizado, armado. Nossos olhos é que nos movimentam: vislumbram ladrões, anteveem buracos, defendem-se dos movimentos acelerados dos carros, motocicletas, até mesmo de outros olhos transeuntes que estejam em sua mira ou alçada.

## Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara

Cada olho desta cidade desenvolve certos mecanismos para amortizar a retina. O olho, assim defendido, torna-se protegido, olha tudo e quase não vê nada. Por outro lado, a imobilidade de tantas retinas produz certas máculas cristalinas: olhamos para nós mesmos apenas para nos certificarmos do que já sabemos, o outro nos apavora, pois é ele o anteparo deste ensaio cotidiano sobre a cegueira.

Meu olho em nada se difere de outros olhos que peregrinam pelas ruas da cidade. Diria que sua única singularidade ou peculiaridade é apenas a teimosia, pois, por mais que eu insista em adestrá-lo e deixá-lo protegido, à minha revelia, ele devaneia e toma rumos inesperados: insiste em ver a presença do “outro” nas fendas, buracos que encontra pelas ruas, vestígios do “demasiado humano” no asfalto da cidade, esperança em poças d’água, desejos secretos nos objetos que aleatoriamente encontra espalhados pelas ruas da cidade.



## Em busca dos passos perdidos



Olhar para baixo e não para cima, andar a esmo, errar o rumo, não sei para onde vou, ou onde os meus passos me levam. É algo difícil de ser vivido em uma época que todos os nossos passos são contabilizados<sup>III</sup>, dirigidos. Nesta ótica, nem um passo pode ser perdido<sup>IV</sup>.

Se, de um lado, toda essa preocupação com os nossos passos nos trazem alguns benefícios<sup>V</sup>, de outro, tanto controle e disciplina<sup>VI</sup> impossibilita que o prazer, o acaso, a poética das ruas da cidade adentre em nossas vidas.

“A rua nasce como o homem do soluço e do espasmo, há suor humano na argamassa do seu calçamento” (Do Rio J, 2003). Sem o homem, nenhuma rua existiria, ele as inventa, planeja, cria. Se o homem faz da rua uma parte sua, e não a habita, a vida na cidade se torna sem dono. Desértica. Vazia.

## Notas

II - Caminhar, diz Le Breton, no livro “Elogio à caminhada”, “é uma espécie de abertura ao mundo, ela reabilita o homem dos sentimentos horrorosos de sua existência”. No caso específico das perambulações urbanas, ou errâncias urbanas, há uma longa trajetória que aqui apenas mencionaremos: o flâneur de Baudelaire, a caminhada dos Surrealistas, e a deriva dos Situcionistas.

III – Os passos são números, diz Certeau (1994), mas números que não constituem uma série. “Não se pode contá-lo, porque cada uma de suas unidades é algo qualitativo: um estilo de apreensão tátil, de apropriação cinésica. Sua agitação é um inumerável de singularidades. Os jogos dos passos moldam espaços. Tecem os lugares”.

IV – No Livro “Nadja”, de André Breton, a personagem, uma caminhante surrealista, afirma: “mas não existe passo perdido”.

V – Uma das atividades físicas mais indicadas pelos profissionais de saúde é a caminhada. Seus benefícios, dizem, são inúmeros: ajuda a perder peso e levantar o astral, ajuda a melhorar o desempenho do coração, aumentar a eficiência do sistema imunológico, controla o colesterol. Ainda atua na prevenção da diabetes, diminui o estresse, protege os ossos, ajuda a fazer mais amigos, etc, etc.

VI – Se fossemos fazer um comercial da caminhada, provavelmente ele se assemelharia a um famoso anúncio de esponja de aço: 1001 utilidades. Porém, para que seus benefícios sejam efetivos, uma série de regras deverão ser seguidas, tais como frequência (três vezes por semana, intercalando-se os dias). Deve-se também escolher locais poucos poluídos, os melhores horários são antes das 10:00 horas e depois das 17:00 horas, para evitar os efeitos indesejáveis dos raios solares mais fortes. É indicado que se escolha locais com o piso macio e, quando possível, use roupas confortáveis e de cores claras, tênis leve, macio e apropriado, dispense roupas sintéticas. Tenha postura ereta com certa retração do abdômen, mantenha os braços distendidos e em movimentos rítmicos (...) Dê passos largos, mas não acelerados. Permitem-se conversas amenas e despreocupadas, tudo isso sem perder a postura e o ritmo (<http://www.humanausaude.com.br>).

## Referências

1. Breton A. Nadja. São Paulo: Cosac Naify; 2007. p.71.
2. Certeau M. A invenção do Cotidiano: A arte de fazer. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
3. Do Rio J. A Alma encantadora das ruas. São Paulo: Companhia das Letras; 2003. p.30.
4. Le Breton D. Elogio de la Marche. Paris: Éditions Métailié; 2000. p.11.
5. Mattos G. Antologia. Porto Alegre: L&PM; 2006. p.107.
6. Merleau-Ponty M. O Olho e o Espírito. São Paulo: Cosac Naify; 2004.
7. Saramago J. Ensaio sobre a cegueira. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.



## Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do Texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do Texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

## BIS - números já editados



N° 48 - 11/2009  
Formação dos trabalhadores  
para o SUS



N° 47 - 04/2009  
Envelhecimento & Saúde



N° 46 - 12/2008  
Saúde Sexual e Reprodutiva



Edição Especial - 09/2008  
20 Anos de SUS



N° 45 - 08/2008  
Saúde Mental



N° 44 - 04/2008  
Juventude e Raça

**Edições disponíveis no site [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)**



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**

