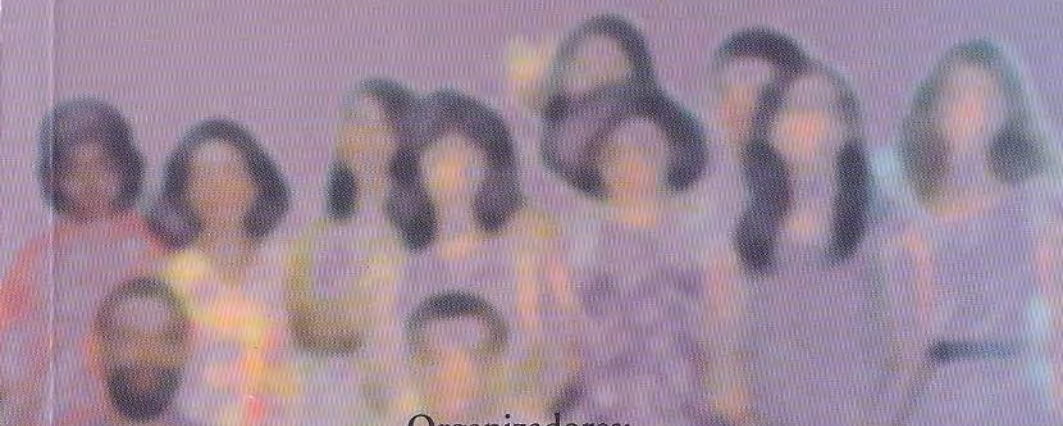
Temas em Saúde Coletiva
2

Investigar para o SUS:
construindo linhas de pesquisa



Organizadores:
Wilza Villela
Suzana Kalckmann
Umberto Catarino Pessoto

Temas em Saúde Coletiva
2

Organizadores:

Wilza Villela
Suzana Kalckmann
Umberto Catarino Pessoto

Investigar para o SUS:
construindo linhas de pesquisa

Instituto de Saúde
2002
São Paulo

Temas em Saúde Coletiva 2

Investigar para o SUS: Construindo linhas de pesquisa

ISBN 85-88169-01-0 Coleção temas em Saúde Coletiva
ISBN 85-88169-03-7 Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)
Elaborado por: Carmen Campos Arias Paulenas

Villela, Wilza Vieira (Org.).
Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa; organizado por Wilza Vieira Villela, Suzana Kalckmann, Umberto Catarino Pessoto. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2002.
150 p. (Temas em Saúde Coletiva,2)

1. Saúde coletiva 2.Saúde pública 3. Pesquisa em serviço 4.SUS 5.Políticas de saúde I. Villela, Wilza Vieira II. Kalckmann, Suzana III. Pessoto, Umberto Catarino IV. Série

INSTITUTO DE SAÚDE

Instituto de Saúde
Rua Santo Antonio 590 - Bela Vista
São Paulo - S.P. Cep: 01314-000
www.isaude.sp.gov.br

Ano 2002

Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:

José da Silva Guedes

Coordenador da CIP (Coordenação dos Institutos de Pesquisa):

José da Rocha Carvalheiro

Diretor do Instituto de Saúde:

Maria Lúcia Stefanini

Organizadores:

Wilza Villela
Suzana Kalckmann
Umberto Catarino Pessoto

Comissão Editorial:

Ausônia Favorido Donato
Luís Eduardo Batista
Maria Lucia Rosa Stefanini
Maria Mercedes Loureiro Escuder
Monique Borba Cerqueira
Suzana Kalckmann
Umberto Catarino Pessoto
Wilza Villela

Revisão:

Adriana Nunes

Capa:

Nelson F. Brandão

Projeto Gráfico e Editoração:

Fernanda Kalckmann Danelli

SUMÁRIO

PRÓLOGO
ONDE CHEGA UM PESQUISADOR EM 45 MINUTOS ?

José da Rocha Carvalheiro
Coordenador da CIP

Quanto tempo levo da sede da CIP, na Doutor Arnaldo, até o Instituto de Saúde, no Bexiga ? Depende, do dia e da hora.

Num domingo à tarde, no máximo dez minutos: somo, então, as pesquisas do Instituto à produção científica da CIP: posso alardear produção absoluta e produtividade (produção *per capita*) compatíveis com a nota quatro atribuída pela CAPES à Pós Graduação da CIP.

Num dia de semana, passeata dos "sem teto" descendo a Consolação, não chego nem em duas horas. Companheiros de percurso, um aluno "sem bolsa" de nossa Pós Graduação e um PqC IV, "sem equiparação salarial", me abandonam e aderem ao grupo de manifestantes. Adeus produtividade da CIP, perdemos o Instituto de Saúde.

Parece brincadeira, mas dá uma idéia de critérios peculiares que se propõe para avaliar a produção científica e tecnológica. No final de agosto deste ano, na prestigiada *Science*, três autores dinamarqueses, um deles do Instituto de Geografia de Copenhagen, publicaram estranha tipologia de "centros de pesquisa", baseada nos trabalhos listados pelo Science Citation Index (SCI). Definiram como *centro* a macro região urbana que concentra cidades vizinhas que se podem atingir "em menos de 45 minutos em transporte de superfície". Admitem, assim, construir unidades geográficas de mercado de trabalho científico concentrado.

Usando esse curioso critério, listam os "top 40 research centers"; analisando a produção mundial incluída no SCI, concluem quais subiram, ou desceram, no ranking. No triênio 1999-2001, dos quarenta, 36 são europeus (22) ou norte americanos (14), três asiáticos e um australiano. **África e América Latina não são representadas**: são os únicos que ficam fora deste fantástico elenco de mercado de trabalho científico concentrado. Não se cogita de *coletivos de pensamento*

ou, como querem alguns, de *comunidades epistêmicas*. Nossas redes paulistas de seqüenciamento genômico não conseguem espaço nessa numerologia científico/ geográfica, abalando drasticamente nossa auto estima.

Essas reflexões são inevitáveis quando penso no que representa a pesquisa científica para a sociedade num país como o nosso. Seremos, ao menos, um mercado de trabalho competitivo em termos mundiais ? Parece que não, a menos que se melhorem simultaneamente veículos, estradas e tráfego. Ou que se adotem instrumentos de medida mais adequados. Ou, ainda, que se contextualize a tipologia, o que este exemplo extremo permite mostrar com máxima e dramática contundência. Mas não só para recobrar nossa auto estima genômica. O nosso mercado de trabalho científico não tem concentração suficiente para constituir nenhum *centro*, além de não estar eqüitativamente distribuído pelo país, queixa que mais se ouve.

Que papel desempenhamos, então ? Especialmente quando consideramos um instituto da administração direta, nosso caso. Não apenas a produção C&T que figura nos índices de impacto merece ser contemplada. Esta polêmica questão tem milhares de exemplos. Costumo citar o exemplo do *expurgo seletivo* de triatomíneos em choupanas da zona rural de um município paulista, empregando BHC. Numa demorada pesquisa de campo, Pedreira de Freitas demorou quase uma década para demonstrar que é possível controlar a Doença de Chagas em área endêmica. Na época não era tão comum avaliar a importância da produção pelo índice de impacto de citações. Não sei se teria sido considerado relevante, por esse critério, a "descoberta" de um procedimento que permitiu controlar a doença em quase toda América Latina. Em compensação, deve ser elevado o impacto de citações dos "premiados" com o título anual de pesquisa IgNobel, atribuído àquelas que não deveriam ter sido feitas, ou pelo menos não merecem ser repetidas.

Buscar uma atuação científica comprometida com o SUS, deve ser a consigna de uma entidade como o Instituto de Saúde. Para isso, a Agenda do SUS que elenca os principais problemas de saúde do país deve servir de eixo para a formulação das prioridades dessa "pesquisa comprometida". A própria crítica à Agenda, como foi proposta, formulada e desenvolvida já é uma linha de pesquisa óbvia

a ser seguida. Identificar novos problemas emergentes, uma necessidade urgente. Apenas para citar um que se insere com perfeição na capacidade instalada de pesquisa do Instituto de Saúde: existe uma crise de desabastecimento de medicamentos para saúde mental no SUS. Resulta de uma mudança de paradigma, do atendimento asilar para o ambulatorial. Suprimiram-se as muralhas de tijolos, substituindo-as por "muralhas químicas" e os produtores de remédios não puderam acompanhar a súbita demanda para atender milhares de pessoas, antes excluídas desse mercado de consumo. É como se no passado, ao adotar o paradigma do confinamento asilar, tivesse faltado argila nas olarias.

Com essa perspectiva que valoriza a função social da pesquisa científica, importam pouco as distâncias, os veículos, as rodovias e a intensidade do tráfego. Participar de coletivos de pensamento que têm como objetivo o fortalecimento do SUS, distribuídos por todo o território nacional, deve ser o principal objetivo. Muito embora vencer as distâncias supere os 45 minutos regulamentares do segundo tempo e a prorrogação.

José da Rocha Carvalheiro

É médico, formado pela Faculdade de Medicina da USP, professor titular de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, colaborador-pleno do Instituto de Estudos Avançados da USP e Coordenador dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundador e Editor da Revista Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública e Fundador e Editor Científico da Revista Brasileira de Epidemiologia da ABRASCO

Foi premiado com a Medalha do Centenário da Organização Panamericana de Saúde – OPAS – em reconhecimento à contribuição à Epidemiologia das Américas.

Apresentação

A Comissão Editorial

Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa é mais um passo na proposta de diálogo do Instituto de Saúde com as realizações do campo da saúde coletiva, a partir da produção dos seus pesquisadores.

Tomando como eixo a pesquisa, esta publicação mostra alguns dos caminhos trilhados na instituição na elaboração de propostas para o enfrentamento do desafio da construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Propostas que têm em comum a confluência do rigor necessário a qualquer processo de produção de conhecimento com a agilidade exigida para a consolidação do SUS no país.

O SUS não é apenas um sistema de prestação de serviços de saúde, pois envolve processos de tomadas de decisões políticas em diferentes áreas como trabalho, meio ambiente, educação e legislação, nos níveis de gestão federal, estadual e municipal. Processos que incluem desde a alocação de recursos financeiros até a incorporação de demandas de usuários e setores da sociedade civil organizada, passando pela integração de atividades de promoção da saúde com a atenção básica e a assistência médica de alta complexidade. Esta amplitude gera questões de diferentes matizes a serem consideradas na nossa *praxis*. Assim, na Instituição, temos tanto pesquisadores trabalhando em avaliação de políticas de saúde delineadas no nível federal, como o SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - quanto outros empenhados em desvendar aspectos individuais do processo saúde doença, como a saúde sexual masculina.

Característica também da instituição é a preocupação em devolver rapidamente os resultados dos nossos trabalhos para potenciais usuários específicos, visando que a sua apropriação e uso transformem estes resultados em demandas de novos estudos ou ações para

pesquisadores e usuários. O SUS, nas suas múltiplas vertentes, é sujeito e objeto das nossas investigações.

A partir desta dinâmica, a produção institucional se traduz na diversidade temática, conceitual e metodológica, bem como na contínua e necessária articulação entre a pesquisa, assessoria e ensino, que constituem o nosso cotidiano de trabalho.

Com a presente publicação buscamos contemplar essa riqueza através de textos curtos, objetivando uma visão panorâmica das inflexões de pensamento e ação que configuram o dia a dia no Instituto de Saúde. Mais do que apresentar nossa produção de forma exaustiva, esta coletânea é um convite para que o leitor venha nos conhecer mais de perto.

Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa

Na introdução deste volume, Maria Lúcia Stefanini, atual Diretora do Instituto de Saúde, conta como se organiza a instituição. De imediato a mesma autora mostra, em artigo que toma como exemplo a produção do Núcleo de Investigação em Nutrição, como nossas linhas e projetos de pesquisa são construídas e reconstruídas tendo por referência demandas postas pelo sistema público de saúde no país. Seguem-se a este a contribuição de Yara Monteiro relatando a estruturação do acervo sobre a memória da saúde pública no Estado de São Paulo e a reflexão de Eliete Cortez e Ernesto Figueiredo sobre a implantação do sistema de informação e de informática no Instituto de Saúde, evidenciando a importância de acompanhar o avanço da tecnologia colado ao interesse do desenvolvimento humano.

O texto de Umberto C. Pessoto, calcado nas discussões que permeiam o trabalho do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, questiona os caminhos e descaminhos do SUS no difícil contexto de implementação de políticas sociais em nosso país e no mundo. Cláudia Bógus, Ana Lúcia da Silva e Danaé Conversani, pesquisadoras do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde, apontam a promoção da saúde como uma alternativa viável, sugerindo a necessidade de repensarmos este processo a partir da matriz da complexidade.

Experimentação de possíveis respostas a lacunas identificadas nos serviços através da prática de pesquisa são temas dos artigos de Maria Mercedes Escuder e Ana Bersusa, do Núcleo de Investigação em Epidemiologia e de Sônia Venancio, Marina Rea e Teresa Toma, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, que têm em comum a exemplificação do ciclo investigação/ intervenção/nova investigação/nova intervenção, por meio da produção e uso de indicadores para monitoramento e avaliação de práticas de saúde específicas.

O tema "indicadores" é retomado por Tânia Keinert, do Núcleo de Investigação em Políticas Públicas em Saúde, sob a ótica da mensuração da qualidade de vida, num artigo que mostra os limites inerentes a qualquer indicador e a necessidade de serem estabelecidos consensos para garantir que seu uso seja efetivo. A problematização sobre o uso de indicadores é também o tema do artigo de Anna Volochko, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, que toma como exemplo um indicador tradicional - a taxa de óbito materno – para mostrar o quanto, no Brasil, a desigualdade regional é obscurecida quando se utilizam dados agregados. Anna sugere que o enfrentamento da morte materna no país exige a articulação de diversos setores da sociedade, postura que encontra eco no artigo de Daphne Rattner, do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia, no qual é reiterada a necessidade da construção de novos indicadores para avaliar a assistência obstétrica no país. Daphne ainda relata a formação do Grupo de Estudos sobre o Nascimento e Parto, exemplo de alternativa para a melhoria da qualidade de atendimento a partir de uma proposta articulada de pesquisa e intervenção envolvendo profissionais, serviços e membros da sociedade civil. O esforço para a melhoria da qualidade de atenção através de um trabalho com os profissionais é o foco do artigo de Maria Cezira F. Nogueira-Martins, do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde, com as Oficinas de Humanização, metodologia que busca facilitar o contato do profissional de saúde com os diversos sentimentos mobilizados na interação com seu usuário.

A qualidade de atenção à saúde está também relacionada aos processos de inclusão e exclusão que caracterizam a dinâmica das

práticas sociais. É com esta questão que os quatro artigos seguintes dialogam. Inicialmente, Monique Borba Cerqueira, do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde Mental discute a polissemia da noção de exclusão social, sugerindo que o debate inclusão x exclusão pode tornar-se mais produtivo se tomamos a felicidade humana como eixo norteador das nossas ações em saúde.

Esta necessidade é reforçada com o artigo de Yara Monteiro, do Núcleo de Investigação sobre Memória e Saúde, que ao relatar o processo de isolamento dos hansenianos nos asilos, nos chama a refletir sobre possíveis intersecções entre estratégias de saúde pública e práticas excludentes. Em contrapartida, ações de promoção de saúde focadas na qualidade de vida podem ser alternativas para a inclusão social de alguns grupos, de acordo com Teresa Rosa, do Núcleo de Investigação em Políticas Publicas de Saúde, no seu artigo sobre redes sociais de apoio ao envelhecimento. Este conjunto de artigos se encerra com a contribuição de Marli Fernandes, do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde Mental, pontuando a necessidade de repensarmos a noção de sujeito que orienta as práticas em saúde coletiva, visando aproximar a produção da saúde da idéia de produção de vida, como devir coletivo, criativo e libertário.

Os trabalhos de Suzana Kalckmann, Luís Eduardo Batista e Claudete Santos, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, tematizam questões emergentes no campo da saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Abordando a saúde sexual dos homens e a invisibilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres para os serviços de saúde, os autores mostram a capacidade deste núcleo, um dos mais antigos da instituição, de incorporar novas demandas ao escopo da sua extensa gama de atuação.

A ausência de uma atenção à saúde que inclua esses dois grupos populacionais é uma das várias lacunas a serem ainda preenchidas no processo de implementação do SUS. Outras lacunas identificadas são a lenta incorporação das ações de medicina complementar e o limitado interesse que, até o momento, as complexas relações entre saúde e meio ambiente têm despertado nos gestores do SUS. Nesse sentido, o artigo de Áurea Pascqualicchio e Vera Mercucci, discute a potencialidade para a expansão da Homeopatia no SUS e Áurea Ianni aponta como as

questões da biodiversidade podem impactar concepções e práticas em saúde coletiva.

A experiência da instituição sobre a interface pesquisa – ensino está refletida na contribuição da prof. Ausônia F. Donato e Paulo Henrique N. Monteiro sobre a dimensão pedagógica do trabalho do pesquisador. Este também é tema do relato da Comissão de Aprimoramento do IS sobre as inovações introduzidas no Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva.

Encerrando, Belkis Trench nos aponta, num texto de grande fluência poética e sensibilidade, as tessituras do encontro humano que produz conhecimento.

Esperamos que a leitura do "Temas em Saúde Coletiva 2" seja útil, agradável e instrutiva!

ENTENDENDO O INSTITUTO DE SAÚDE

Maria Lúcia Rosa Stefanini

A leitura da publicação Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa incita o leitor a refletir sobre o papel deste órgão da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e sua contribuição ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Esperamos que esta publicação atinja seus objetivos: provocar a curiosidade e o interesse de profissionais de diversas formações sobre como esta instituição transita por questões da saúde coletiva e da pesquisa, abordando com diversidade e riqueza a produção do conhecimento nesses campos.

O Instituto de Saúde, embora tenha apenas 33 anos de existência, atravessou períodos longos de crise de identidade, ora explicados por sua origem, quando, ao mesmo tempo, lhe foi atribuído um papel ambicioso na Secretaria de Saúde - SES e definida uma estrutura que abrigasse em seus quadros pessoas cujas funções foram extintas na Reforma Administrativa de SES (São Paulo (Estado), 1971), ora por incompreensão de seus dirigentes e dos demais órgãos da SES a respeito das suas funções.

Apesar dessas crises, o Instituto de Saúde foi se construindo e conquistando seu espaço no sistema de saúde, graças ao trabalho de alguns pesquisadores que tiveram a oportunidade, ou mesmo o privilégio, de participar dessa trajetória. Como liderança desse processo, não podemos deixar de mencionar o Prof. José da Rocha Carvalheiro, como o que melhor interpretou a proposta original, disseminando-a nas comunidades acadêmica e científica e convidando, nas oportunidades em que esteve à frente desta instituição, profissionais e líderes para contribuir para a sua solidificação.

A somatória desse trabalho e das experiências vivenciadas nos períodos de crise resultou em melhor compreensão do papel do Instituto no contexto histórico, político e científico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Esta publicação reflete essa trajetória, tanto na diversidade dos assuntos, como nos conteúdos e formas de abordá-los. Capítulos como "O saber e a prática da Nutrição", "Proteção, Promoção e Apoio à Amamentação", traduzem trabalhos solidificados no decorrer da história institucional. Outros abordam temáticas candentes, como os que tratam da promoção da saúde e do processo de construção de observatório da qualidade de vida. Outros trazem reflexões sobre linhas que o Instituto deverá ainda assumir para atender demandas mais recentes do Sistema Único de Saúde e do quadro epidemiológico da população, como a homeopatia, saúde ambiente e envelhecimento.

É relevante situar a conjuntura em que está inserido este órgão, com suas atribuições de desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas sobre a situação de saúde e o desempenho de programas e serviços; subsidiar a elaboração de políticas públicas; colaborar na operacionalização de ações que permitam elevar a qualidade do atendimento da população; avaliar modelos de organização de atenção à saúde; formar e colaborar na formação de recursos humanos para o sistema de saúde e para a pesquisa e prestar assessoria na área de saúde coletiva.

Uma das diretrizes da política institucional é promover a vinculação com os órgãos públicos de saúde, de âmbito nacional, estadual e municipal, para o desenvolvimento de ações voltadas para a implementação e monitoramento de políticas públicas. É também uma diretriz o estabelecimento de parcerias com instituições e núcleos universitários de pesquisa e com organizações não governamentais, nacionais e internacionais para realização de projetos de pesquisa ou intervenção.

Para viabilizar suas atividades o Instituto de Saúde conta com recursos do Tesouro, que garantem o pagamento do pessoal e a manutenção do seu funcionamento, e com apoio de agências nacionais e internacionais, públicas e privadas de fomento à pesquisa, como a FAPESP, o CNPq, a OMS, a OPAS, a Fundação Ford, o IDRC e outras.

Na área de formação de recursos humanos para o SUS, ao lado do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva, realizado em parceria com a FUNDAP há quase vinte anos, o Instituto de Saúde abriga o Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, integrado

ao Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da SES. Participa no Programa de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), coordenado pelo Centro Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, contribuindo na formação de Técnicos de Enfermagem no Estado de São Paulo, propondo e executando atividades de acompanhamento, supervisão e avaliação do Programa no Estado.

Perspectivas de atuação do Instituto de Saúde

Conhecendo as atribuições institucionais, fica mais fácil entender como o IS vem trabalhando no período recente.

As mudanças que vêm ocorrendo na política de saúde - especialmente em relação ao modelo assistencial e no quadro epidemiológico da população - foram determinantes na definição das linhas de pesquisa inseridas no Diretório do CNPq e no desempenho institucional.

O Instituto de Saúde conta atualmente com oito Grupos de Pesquisa, desenvolvendo vinte e quatro linhas de investigação, nos campos da Nutrição, Educação em Saúde, Epidemiologia,, Saúde da Mulher e da Criança, Serviços e Sistemas de Saúde, Cidadania e Saúde Mental, Gestão Estratégica de Políticas Públicas de Saúde e Memória e Saúde.

Duas vertentes podem ser identificadas na definição das prioridades e no desempenho institucional. Uma, já mencionada, se refere às mudanças substanciais da política de saúde e do quadro epidemiológico da população, que alteram os perfis de morbidade e mortalidade dos últimos anos e a estrutura de atendimento às demandas de saúde.

Com a Constituição de 1988, que em seus Artigos 196 e 200 coloca a Saúde como direito de todos e dever do Estado, cria-se o Sistema Único de Saúde, amparado na Lei 8080 de 1990, que trata da organização dos serviços de saúde com base nos princípios da universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (Brasil, 1988). Para normatizar esse processo de organização do SUS, foram aplicadas Normas Operacionais que vão sendo modificadas e adaptadas,

conforme exigências identificadas no processo, para atender a Lei 8080/90 (Brasil, 1990)

Encontra-se em vigência a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, que define as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para a melhoria do desempenho do sistema (Ministério da Saúde, 2001). Um dos instrumentos de planejamento definidos pela NOAS/2001 para contribuir na consolidação e implementação dessas práticas é a Agenda de Saúde, elaborada de acordo com as prioridades estabelecidas nos três níveis de governo. A partir da Agenda de Saúde, cada nível de gestão elabora seus Planos de Saúde.

Tendo como referência a Agenda Estadual de Saúde, o Instituto de Saúde deve se voltar para colaborar no cumprimento e avaliação das ações em saúde coletiva previstas nessa Agenda, propondo indicadores exeqüíveis que permitam diagnóstico e acompanhamento, com fins de planejamento e atuação visando a melhoria das condições de vida e saúde da população atendida no Sistema.

As prioridades definidas na Agenda Estadual de Saúde de São Paulo (Secretaria de Estado da Saúde, 2001) foram divididas em seis eixos de intervenção, seguindo as definições da Agenda Nacional e adequados à realidade do Estado.

Cabe aqui mencioná-los, com o intuito de permitir a identificação, nos capítulos subseqüentes, das várias inserções em que o Instituto contribui e pode avançar ainda mais no planejamento, execução, construção de indicadores e avaliação das ações para o cumprimento dessa Agenda:

1) Redução da Mortalidade Infantil e Materna;

2) Controle de Doenças e Agravos Prioritários;

3) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;

4) Reorientação do modelo assistencial e descentralização;

5) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde;

6) Qualificação do controle social.

A segunda vertente trata das alterações necessárias na definição da pauta de prioridades em Ciência e Tecnologia em Saúde.

O documento produzido pela Comissão de Ciência e Tecnologia da ABRASCO, aponta que "uma Política de C&T em Saúde voltada para as necessidades de saúde da população deve ter como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade. Isto significa analisar o esforço nacional de C&T em saúde como componente setorial do sistema de inovação brasileiro". "A Comissão ressalta a importância da pesquisa estratégica, no âmbito de uma agenda que incorpore potencialmente todo o leque da pesquisa científica e tecnológica que tenha como finalidade, imediata ou mediata, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e a busca da redução da desigualdade social no cuidado à saúde" (Faveret, 2002).

A estratégia apontada como a mais importante para atender os objetivos da Política de C&T em saúde é a da construção de uma agenda de prioridades para a pesquisa em saúde.

O desafio é atuar de forma clara no sentido da convergência dos prioridades estabelecidas pelo sistema de Ciência e Tecnologia e no SUS.

Como pode ser observado pela leitura da presente publicação, o Instituto de Saúde tem procurado acompanhar a evolução do conhecimento e das mudanças que ocorrem nas políticas públicas em saúde. Conforme apresentado em anexo, as linhas de pesquisa que vem desenvolvendo atestam esta diretriz

No entanto, esse caminho encontra dificuldades inerentes à própria história institucional e também na sua estrutura organizacional formal, que não lhe dá suporte para crescer de modo a dar conta de suas múltiplas atribuições. Seus quadros não têm sido renovados, o que gera preocupações com a continuidade de um trabalho construído com esforço e limita a expansão de atuação institucional no sentido de uma maior contribuição para o sistema de saúde. Embora o trabalho do Instituto de Saúde seja expressivo, é insuficiente frente às necessidades de cumprimento da agenda estadual de saúde e aprofundamento de suas linhas de pesquisa.

Há necessidade premente de rever a estrutura do Instituto de Saúde, estudar a possibilidade de reposição e ampliação dos seus quadros, com base nas suas atribuições e interfaces com os demais

órgãos da Coordenação dos Institutos de Pesquisa e outras instâncias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Referências bibliográficas

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo (1971). *Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde* – Coletânea deTextos Legais e Regulamentares 1967-1970, Secretaria da Saúde.

BRASIL Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Senado.

BRASIL (1990). Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro.

BRASIL (2002). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002. *Diário Oficial da União*, seção I, nº 40, p. 52.

SÃO PAULO Secretaria de Estado da Saúde (2001). *Agenda Estadual da Saúde – Metas e Justificativas*. SÃO PAULO.

FAVERET A C (2002). Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde; Comissão de C&T da ABRASCO. Sumário executivo do Documento "Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: uma proposta" *Boletim ABRASCO*, n.16.

ANEXO:

Organização do Instituto de Saúde, segundo os Núcleos de Investigação e Linhas de Pesquisa **cadastradas no CNPq**:

Núcleo de Investigação	Linhas de Pesquisa
Educação em Saúde	Formação de Recursos Humanos; Humanização; Promoção em Saúde e Educação em saúde: desenvolvimento e avaliação de políticas públicas e programas educativos
Nutrição	Análise Nutricional da População; Avaliação de políticas públicas em nutrição; Epidemiologia de problemas nutricionais
Estudos em Epidemiologia	Avaliação de Serviços de Saúde; Determinantes do processo saúde-doença; Epidemiologia em serviços e programas de saúde
Saúde da Mulher e da Criança	Aleitamento Materno; Alteridade e Sociedade; Morbidade feminina, materna e infantil; Mulher, trabalho e amamentação; Organização e qualidade da atenção à saúde; Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade
Políticas Públicas em Saúde	Inovação na gestão de políticas públicas de saúde ao nível regional no contexto de reforma do Estado e redefinição do pacto federativo; Qualidade de vida e avaliação de políticas públicas
Serviços e Sistemas de Saúde	Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde; Condições de Vida e Saúde; Equidade em saúde; Políticas Públicas em Saúde
Cidadania e Saúde Mental	Cidadania e Subjetividade; Políticas em Saúde Mental; Violência e Saúde
Memória e saúde	Memória da Saúde Pública Paulista; Saúde Pública e Intervenção Social

O SABER E A PRÁTICA DA NUTRIÇÃO

Maria Lúcia R. Stefanini

O objetivo deste artigo é dar subsídios ao leitor para conhecer o processo de construção do trabalho do Instituto de Saúde no campo da Nutrição, como foram definidas as linhas de atuação e quais as perspectivas de crescimento dessa área no contexto do Sistema Único de Saúde -SUS.

Como a Nutrição está presente na estrutura da criação do Instituto de Saúde, a origem de sua atuação é marcada pelo contexto histórico, político e científico da década de 70.

Essa década caracterizou-se, no meio científico, pela intensa produção de conhecimento nos campos da epidemiologia social e das políticas públicas de saúde e nutrição. Dois episódios tornaram-se paradigmas para as políticas de nutrição e saúde: o Estudo Nacional de Despesas Familiares, realizado pelo IBGE em 1975, que se tornou um marco de referência para estudos posteriores de diagnóstico e tendências da situação social, de saúde, nutrição e de consumo alimentar do país e a Conferência Internacional Alma-Ata, ocorrida em 1978, cujas recomendações finais incluíram a necessidade de mudanças no modelo de assistência à saúde e a inclusão das atividades de nutrição nas ações básicas do programa de atenção primária de saúde (OMS, 1978).

Entretanto, embora a discussão sobre o Sistema de Saúde evidenciasse a necessidade da participação da comunidade no diagnóstico e nas propostas para o setor, os programas verticais, inclusive os de suplementação alimentar, se expandiam, como medidas para enfrentar o problema da desnutrição enquanto buscava-se meios de corrigir as causas básicas de determinação.

Foi nesse contexto que o trabalho desenvolvido na década de 80 pela área de nutrição do Instituto de Saúde se inseriu, contribuindo predominantemente com análises, avaliações, críticas e sugestões de políticas públicas atribuídas ao setor da Saúde. Os resultados desses

estudos são evidenciados em documentos, teses e artigos. A publicação *Fome e Política*, da Série Políticas Públicas em Saúde do Instituto de Saúde (Stefanini et al, 1994), retrata as experiências da equipe de Nutrição do IS com implantação e avaliação desses programas de intervenção em serviços de saúde. Tendo como cenário a história dos programas de suplementação alimentar que os sucessivos governos assumiram como política direcionada a solucionar o problema da desnutrição, as autoras analisam, argumentam e questionam essa política e suas implicações no setor saúde, reforçando a tese do planejamento de ações e programas de forma descentralizada, a partir do diagnóstico e acompanhamento da situação existente no nível local. Apontam, como meio para melhorar a atenção aos agravos nutricionais da população, a necessidade da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Chega-se aos anos 90 com diferenças substanciais no desempenho da política de saúde e no quadro epidemiológico da população. A seguir, encontram-se mencionadas as principais mudanças ocorridas nessa década em relação ao quadro epidemiológico nutricional e à política de nutrição. Essas informações são necessárias para situar a produção da Nutrição nesse período.

Segundo o Artigo 3º da Lei 8080/90, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS, "a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam a organização social e econômica do país". No Artigo 6º, a vigilância nutricional e a orientação alimentar estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS. E conforme o Artigo 12º, a articulação de componentes e políticas e programas de alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estejam fora do setor saúde, deve ser realizada em Comissão Intersetorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde.

A partir dessa lei, definiu-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, integrante da Política Nacional de Saúde, com o propósito de "garantir a qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos" (Mason et al. 1984).

Essa política foi elaborada a partir do quadro nutricional da população brasileira e do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional adotado no Brasil, em 1986, por ocasião da I Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional. E facilitou o entendimento da importância de ações no setor saúde que garantam o diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O estado nutricional da população reflete o atendimento das necessidades do ser humano, que incluem não só a disponibilidade e o acesso aos alimentos como a diversificação e adequação nutricional da dieta, condições de saneamento, educação, saúde e moradia. Um instrumento essencial para aferir as condições de vida da população em geral e de saúde da população infantil é o acompanhamento da situação nutricional das crianças (Monteiro et al, 1997).

O SUS coloca o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - na agenda dos estados e municípios, como parte integrante da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN e da Política Nacional de Saúde - PNS. Trata-se de um sistema de informação que tem como finalidade possibilitar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população, caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais com maior propensão aos problemas nutricionais. O repasse dos recursos que deveriam ser somados ao Piso de Assistência Básica (PAB) para as ações de combate às carências nutricionais ficou condicionado à existência do SISVAN no município.

O quadro epidemiológico nutricional da população mudou muito nos últimos vinte e cinco anos, impondo uma redefinição de estratégias e prioridades nas políticas de nutrição.

Houve redução significativa da prevalência de desnutrição energético-proteica em todo o país. As formas severas de retardo de crescimento, isto é, crianças cuja altura é inferior a 2 desvios-padrão da média da altura esperada para a idade e sexo, encontradas em três pesquisas nacionais, apontaram estimativas importantes de declínio em crianças menores de 5 anos de idade: 32,9% em 1975 para 15,7% em 1989, e para 10,4% em 1996 (Monteiro et al, 1997) , variando, por região brasileira, de 5,1% no Sul a 17,9% no Nordeste. As deficiências de micronutrientes, principalmente o ferro e a vitamina A, são

questões que precisam ser priorizadas em alimentação e nutrição. A anemia é o problema de maior magnitude no país, acometendo principalmente gestantes e crianças menores de dois anos de idade. No Município de São Paulo a freqüência de anemia em crianças elevou-se em 35% no período de 1974-1985 e em 46% no período de 1985-1996. Esse quadro de carência é acompanhado da presença crescente da obesidade em todas as faixas etárias, das lipidemias e das doenças cardiovasculares que têm como um dos principais fatores de risco as práticas alimentares inadequadas.

Nesse contexto, aproveitando a oportunidade de inserção no Diretório do CNPq, o Grupo de Nutrição do Instituto de Saúde estabeleceu três linhas básicas de estudos e pesquisas: avaliação de políticas públicas em nutrição, análise nutricional da população e seus determinantes e epidemiologia de problemas nutricionais. Dos anos 90 até o momento atual, a condução dessas linhas tem se pautado nas alterações ocorridas no quadro epidemiológico da população, nas mudanças do modelo de assistência à saúde e na política de alimentação e nutrição.

1) Linha de avaliação de políticas públicas:

a) Analisou o Programa de Merenda Escolar e sua história e contribuição no atendimento das necessidades nutricionais da criança, com enfoque na composição em micronutrientes, em especial o ferro, evidenciando que esse programa pode ser um meio de prevenção da anemia nutricional, um dos principais problemas de saúde pública em nosso meio;

b) Planeja, coordena, assessora e avalia o SISVAN, os programas de combate às carências nutricionais e a Bolsa Alimentação em São Paulo;

c) Integra o projeto institucional de Avaliação do Programa de Saúde da Família avaliando o componente de alimentação e nutrição.

2) Linha de análise nutricional de populações e seus determinantes:

Além de estudos de diagnósticos da situação de desnutrição e obesidade em crianças, foram feitas investigações da prevalência de anemia em crianças menores de um ano de idade, em escolares e adolescentes da rede pública dos municípios de Osasco e de Santos.

3) Linha de epidemiologia de problemas nutricionais:

a) A parceria da área de Nutrição com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública/USP – Departamento de Nutrição, e da Faculdade de Farmácia e Bioquímica/USP – Departamento de Ciência dos Alimentos, permitiu a realização de estudos relacionados à anemia nutricional. Esse grupo multidisciplinar, ao estudar o modelo de determinação da anemia ferropriva, buscou métodos que proporcionem diagnósticos populacionais rápidos, menos invasivos e com menor custo e realizou estudos para encontrar alimentos tecnicamente passíveis de serem fortificados com ferro que, consumidos de forma habitual pela população ou grupos populacionais, contribuam de forma eficaz na prevenção da deficiência desse nutriente.

Perspectivas da atuação do Instituto de Saúde no campo da Nutrição

Para definirmos as perspectivas de atuação do Instituto de Saúde na área da nutrição, é necessário lembrar as prioridades definidas na Agenda Estadual de Saúde de São Paulo [1]. Assim:

1) no eixo da Redução da Mortalidade Infantil, a nutrição tem relevante contribuição a dar no que se refere ao acompanhamento nutricional da gestante, às ações de promoção do aleitamento materno – sendo esta vertente bem conduzida pelo Grupo de Saúde da Mulher e da Criança deste mesmo Instituto, e reforçada no SISVAN – ao diagnóstico e acompanhamento do crescimento das crianças e às praticas alimentares saudáveis no primeiro ano de vida, para prevenção da desnutrição e da obesidade infantil. Há necessidade de diminuir as altas prevalências de anemia ferropriva e adotar medidas para prevenir e controlar esse problema decorrente da carência alimentar de micronutrientes.

2) No eixo de Controle de Doenças e Agravos Prioritários, a Nutrição exerce papel importante no combate às doenças infecciosas, que exigem cuidados especiais quanto à alimentação saudável, pois

1 Descritas no artigo anterior (N.E.)

a subnutrição agrava o processo infeccioso e o processo infeccioso agrava o estado de subnutrição. É importante também a atuação da área para diminuir a prevalência da cárie dentária, especialmente em crianças, exigindo um trabalho direcionado às mudanças de hábitos alimentares que se consolidam por meio da mídia e que são prejudiciais à saúde, trazendo como conseqüências as altas prevalências de cárie dentária e de obesidade em crianças e adolescentes.

A alimentação inadequada é também um fator de risco significativo para a ocorrência de doenças do aparelho circulatório, que representam a principal causa de mortalidade no País e neste Estado. Introduzir ações que levem a práticas de alimentação mais saudáveis é fundamental para a diminuição e controle dessas doenças.

3) Quanto à reorientação e descentralização do modelo assistencial, em especial no que trata da atenção básica à saúde, é necessário incorporar os princípios básicos de alimentação e nutrição na formação e atuação dos profissionais das unidades básicas de saúde e das equipes da saúde da família.

Essa agenda deixa claro que há muito que fazer no campo da Alimentação e Nutrição para melhorar as condições de saúde da população. O Núcleo de Investigação em Nutrição do Instituto de Saúde pode contribuir de forma significativa com o cumprimento das ações de nutrição previstas na Agenda Estadual de Saúde, colaborando com o planejamento, execução e avaliação de atividades referentes a essa área e propondo indicadores que permitam o diagnóstico e acompanhamento das ações de nutrição realizadas nos serviços.

Referências bibliográficas

BRASIL Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Senado.

BRASIL (1990). Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro.

BRASIL (2002). Portaria do Ministério da Saúde n. 710 de 10 de junho de 1999.

MASON JB et al (1984). *Nutritional Surveillance*. Geneva, WHO.

MONTEIRO CA; BENÍCIO MHDA; FREITAS ICM(1997). *Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90:* descrição, causas e impacto sobre as desigualdades regionais. São Paulo: NUPENS/USP.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de Salud.* Alma-Ata, URSS, 6-12 sep., Genebra.

STEFANINI MLR et al (1994). *Fome e Política:* história, avaliação e implicações de um programa federal de suplementação alimentar no Estado de São Paulo. São Paulo. Instituto de Saúde, 59 p. (Políticas públicas de saúde, 1).

MEMÓRIA: PERSPECTIVAS DE PRESERVAÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE TRAJETÓRIAS

Yara Nogueira Monteiro

Os acervos ligados à Saúde Pública são campos abertos para pesquisadores de inúmeras ciências e se configuram como importantes objetos para a reconstrução da memória social em seus mais variados aspectos. As vivências ligadas a essa área constituem um lugar privilegiado de onde pode-se observar melhor o significado de mecanismos administrativos, políticos e dos procedimentos médicos com relação à doença e aos doentes, e a imagem que uma sociedade tem de si mesma e de tudo aquilo que emana da vida e do sofrimento do corpo.

Muitas instituições ligadas à Saúde Pública têm procurado organizar seus acervos de maneira contínua e sistemática, assumindo um compromisso com a produção do conhecimento. Buscam assegurar profundidade, amadurecimento e continuidade da pesquisa científica no âmbito multidisciplinar, promovendo pesquisas voltadas não apenas para o campo das ciências biomédicas como também de outras ciências.

O Instituto de Saúde possui importante acervo na área de Saúde Pública do Estado de São Paulo, visando preservar e conservar documentos e desenvolver linhas de investigação que permitam o estudo das trajetórias e a (re)construção da memória da Saúde Pública do Estado de São Paulo. Esta iniciativa torna viável diferentes estudos, tais como a atuação de pessoas ou grupos em São Paulo, ou a partir de São Paulo, no combate a epidemias e endemias; a recuperação das diferentes correntes de pensamento que contribuíram para o surgimento de práticas e/ou métodos que alteraram ou introduziram novos modelos de ação em saúde; análise das relações entre ciência e poder e suas resultantes na adoção ou não de determinadas práticas ou modelos de Políticas de Saúde Pública.

A constituição e características do acervo documental do Instituto de Saúde estão profundamente ligadas à história da instituição e à trajetória das Políticas de Saúde do Estado. Por ocasião

da criação do Instituto de Saúde, em 1969, diferentes serviços, muitos deles já com décadas de funcionamento, foram incorporados à nova instituição. Esse fato fez com que o Instituto de Saúde se tornasse depositário de expressivos conjuntos documentais. Com o passar dos tempos, novos conjuntos documentais foram sendo agregados e atualmente este Instituto sente-se desafiado a contribuir para a preservação da memória da Saúde Pública do Estado de São Paulo, com ações voltadas para a constituição, preservação e viabilização de acesso ao patrimônio existente e para a captação de novos arquivos, institucionais ou particulares, relacionados com a temática.

O acervo do Instituto pode ser dividido em três grandes núcleos: Arquivos Institucionais, Imagens e Som e Arquivos Pessoais. O primeiro - Arquivos Institucionais - é composto basicamente por documentos referentes à hanseníase e ao Arquivo Nacional de Doenças de Chagas.

A importância dessa documentação só pode ser avaliada através do histórico do próprio serviço profilático, caracterizado pela atuação do Departamento de Profilaxia da Lepra[1] - D.P.L. – marcada pela prática do isolamento compulsório. Esse órgão foi extremamente poderoso, sendo o único responsável pela profilaxia da hanseníase em todo o Estado de São Paulo. Possuía cinco asilos-colônia, diversos dispensários e gerenciava dois preventórios. Para os asilos eram enviados, compulsoriamente, todos os portadores do Mal de Hansen; os dispensários eram encarregados dos cuidados e observação dos comunicantes e da procura de casos novos; os preventórios eram os locais de internação das crianças sadias filhas de hansenianos. O D.P.L. possuía poder policial próprio, detinha controle total sobre a vida dos doentes e controlava ainda a vida de seus familiares.

Na década de trinta, o Estado de São Paulo, visando a eliminação da crescente endemia de "lepra", adotou política oficial de controle profilático baseada no isolamento compulsório de todas as pessoas que fossem identificadas como portadoras da doença. A presença de centenas de doentes que acampavam pelo interior do Estado,

---

[1] O antigo Serviço de Lepra nos anos vinte passou a see denominado Inspetoria de Profilaxia da Lepra e em 1935 se tornou Departamento - o D.P.L.

perambulavam pelas estradas e esmolavam pelas cidades, era vista como um perigo que deveria ser eliminado e se constituía em problema para as autoridades. Para implantação dessa política se fez necessário a adoção de uma série de medidas, como a criação de espaços para alojar os doentes, o que implicava na obtenção de respaldo político para as ações realizadas e no envolvimento de setores organizados da sociedade civil, de forma a conseguir os aportes financeiros que se faziam necessários. Era também importante a confiança da comunidade científica, em especial da área médica e jurídica, afim de que fosse criada uma legislação específica que permitisse a exclusão de milhares de pessoas, bem como o gerenciamento de suas vidas.

Existia uma administração centralizada na Capital e acreditava-se que, através do controle total sobre todos os doentes, haveria o controle sobre a endemia. Dentro dessa ótica foi criado, em 1925, o Arquivo Central, que tinha como objetivo reunir informações sobre cada um dos doentes de hanseníase diagnosticados no Estado. Devido às suas características, esse arquivo é apontado como o único no mundo, uma vez que nenhum outro país ou Estado brasileiro possuiu arquivo similar[2]. Este contém cerca de 100.000 prontuários que concentram informações de todos os portadores de hanseníase do Estado de São Paulo diagnosticados entre 1924 a 1980. Para cada pessoa diagnosticada abria-se um prontuário, que acabava por se tornar um verdadeiro dossiê sobre a vida dos internados e de seus familiares. Os dados de cada prontuário abrangem todo o período compreendido entre o momento do diagnóstico até uma eventual alta hospitalar ou morte [3].

Em decorrência de suas características, esse fundo possui rica documentação para a pesquisa e tem propiciado a realização de grande número de teses de mestrado e doutorado[4].

---

[2] O Arquivo Médico de Hanseníase de São Paulo foi criado em 1924 nos moldes de um arquivo similar existente na Noruega.

[3] Como muitos dos pacientes ali arrolados ainda não morreram, o arquivo ainda continua em funcionamento.

[4] Entre diversas teses de doutorado que usaram a documentação desse Arquivo, podemos citar como exemplo, na área de Epidemiologia - Walter Belda - *A endemia da hanseníasae no Estado de São Paulo (situação atual. Tendência secular, 1924-1970)*, FSP/USP, 1974.

Em estreita ligação com esse fundo, tem-se um segundo conjunto documental representado pelo Arquivo de Histopatologia. Criado em 1934 e funcionando sem interrupções, possui cerca de 85.000 relatórios histopatológicos, organizados cronologicamente em 263 volumes, referentes a exames realizados em suspeitos e em doentes e enviados para elucidação diagnóstica. Além disso tem-se os seguimentos de casos e estabelecimentos de critérios de alta desde 1934. Esse fundo possui ainda cerca de 90.000 blocos de parafina referentes a cada um dos exames realizados e um laminário contendo preparados histopatológicos adequadamente preservados, referentes a cada um dos exames realizados. Esse conjunto é de valor inestimável para a pesquisa e associado ao Arquivo de Prontuários, coloca a disposição do pesquisador, a qualquer momento, o estudo dos casos sob diversos recortes.

A exclusão de milhares de pessoas fez com que surgissem necessidades a serem respondidas pelo Estado e disso resultou dois outros importantes conjuntos documentais, constituídos pelos processos jurídicos e pelos processos de pensão. O Arquivo Jurídico contém processos movidos pelos, ou contra os doentes internados, como execuções, separações, anulação de casamento, inventários, aposentadorias e outros. Esses conjuntos documentais, quando sistematizados, irão permitir importantes pesquisas, em especial na área das Ciências Humanas e Jurídicas.

Ainda com relação à hanseníase, tem-se Arquivo de Imagens e Som, formado por material iconográfico e gravações, produzido pelo Departamento de Profilaxia da Lepra - D.P.L.[5]. Constam desse acervo fotografias originais, com cerca de 6.500 fotos sobre papel e negativos em vidro. Grande número de fotos retratam diferentes tipos de lesões, constituindo campo de estudos privilegiado para a área das Ciências Médicas e podendo viabilizar o desenvolvimento de pesquisas sobre evolução de diferentes tipos da hanseníase, de grupos de pacientes ou de tipos de lesões. Desta forma, a trajetória clínica dos pacientes

---

[5] O D.P.L. surgiu em 1925 e foi extindo em 1967, quando do témino do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase. Com sua extinção foi criada a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária.

pode ser acompanhada pelos prontuários, os exames pelas biópsias, e a imagem dessas lesões é fornecida pelo Arquivo de Iconografia. Esse acervo possui também fotos relativas aos asilos-colonia e preventórios. Sua análise permite a reconstituirão histórica da vida asilar, o cotidiano de uma instituição fechada, as posturas médicas e as relações de poder dentro dos muros asilares.

O conjunto formado por esses diferentes fundos documentais somam mais de 450 metros, e devido às suas características constitui um dos mais importantes acervos mundiais sobre a doença. Atualmente o Instituto de Saúde faz parte de um projeto internacional de História da Hanseníase que vem sendo coordenado pela Universidade de Oxford.

O terceiro núcleo documental é composto pelo Setor de Arquivos Pessoais, obtidos através de doações. É constituído por conjuntos documentais reunidos por pesquisadores a partir de sua trajetória individual e institucional. Aqui destacam-se os Fundos *José da Rocha Carvalheiro* e *Guilherme Rodrigues da Silva.* Estes Fundos possuem mais de 65 metros de documentos, contendo produção intelectual dos pesquisadores e de terceiros -livros, teses, atas de congressos, documentos institucionais – permitindo acompanhar a trajetória pessoal e profissional de pesquisadores e mais um amplo leque de pesquisas que referentes à história da Saúde Pública no Estado de São Paulo. A documentação existente nesse núcleo também permite abordagens nacionais e continentais, como pesquisas sobre políticas de saúde no Brasil e Américas.

Esse núcleo se encontra em franca expansão, recebendo importantes doações e sendo alvo de grande procura por pesquisadores.

Em suma, o acervo do Instituto de Saúde é formado por conjuntos documentais que constituem importante patrimônio cultural. Estes estão sendo preservados e vêm sendo trabalhados. Alguns já se encontram abertos para pesquisa, ainda que com algumas restrições, outros estão sendo inventariados e passando pelos procedimentos devidos para que possam ser abertos à pesquisa em futuro próximo.

PESQUISA E PARADIGMA TECNOLÓGICO

Eliete Candida L. Cortez
Ernesto M. Figueiredo

"Numa biblioteca, há livros que dizem a verdade e outros - tantas vezes numerosos! - que a adulteram, a combatem, ou até a escondem. Uma biblioteca oferece diversas sugestões enganadoras, enquanto "oculta" (pela dificuldade da pesquisa, pelo menos) a única verdade. Antes de entrarmos em qualquer biblioteca, é preciso sabermos aquilo que realmente nela queremos procurar."

O nome da Rosa - Umberto Eco

Os últimos 10 anos foram marcados pelo que alguns autores chamam de revolução tecnológica, estamos na era da informação. Grandes volumes de dados já podem trafegar de uma ponta a outra do mundo em poucos segundos. Coisas que antes pareciam inimagináveis são possíveis atualmente graças à tecnologia. Apesar da exatidão pela qual nossos modelos científicos primam, principalmente os oriundos das exatas, hoje vivemos na virtualidade, onde o que é ou está neste instante não se mantém tangível no instante seguinte. O virtual é aquilo que existe em potência e não em ato. Apesar dessa aparente desorganização, do caos vigente, a tecnologia aplicada a diversas áreas vem propiciando mudanças significativas no modo de fazer, ter e se relacionar.

Pesquisar, entender, analisar, planejar e gerenciar os canais que são criados, melhorados e utilizados a partir da ótica tecnológica são ações que exigem dos profissionais envolvidos, a cada dia, muita qualificação, mas principalmente, e com muito cuidado, a re-qualificação. A postura acadêmica e de universalidade é uma via de duas mãos, principalmente em instituições que têm como missão a pesquisa e o ensino. É possível vislumbrar o processo de incorporação do tecnológico, do novo, partindo do princípio de que estamos

pesquisando tecnologias que podem gerar um favorecimento ao processo de pesquisa.

O novo assusta e cada indivíduo reage a seu modo. Esse susto pode originar-se da personificação que damos aos processos, máquinas e equipamentos. Humanizar é uma característica própria do ser humano, somos nós que agregamos significado e valor aos objetos e não os objetos que ganham personalidade por si mesmos. Por isso, a idéia de que o "ser" máquina é "esperto", "inteligente" ou que vai roubar o lugar de alguém não pode ser considerada, nos dias de hoje, verdadeira. Máquinas não têm vontade própria. Tecnologias são resultados dos avanços que o ser humano consegue obter através da pesquisa, do pensar. Máquinas continuarão sendo ferramentas, meios e não fins.

As vantagens que o poder tecnológico propicia a seus utilizadores, seja no mote quantitativo seja no qualitativo, são inquestionáveis. Cada organização, a seu modo, atendendo sempre às suas necessidades e respeitando seus limites técnicos e econômicos, vem incorporando as maravilhas do mundo Virtual. E como não poderia deixar de ser, vem alcançando ganhos com a utilização/participação no modelo tecnológico.

O Instituto de Saúde não poderia ficar à parte na apropriação e utilização dos conhecimentos e benefícios tecnológicos. Em 1995 já havia uma base tecnológica, ainda que um pouco defasada para o modelo da época, com a finalidade de atender a algumas demandas institucionais. Em meados de 1996 nos foi confiada a responsabilidade de elaborar, planejar e executar projetos que atendessem à demanda de tecnologia, documentação e informação da instituição. Esses projetos, elaborados a partir de um planejamento estratégico, buscaram atender as necessidades com as possibilidades tecnológicas existentes. O desenho desses projetos considerou os três elementos comuns e prioritários a qualquer organização: pessoas/papéis, processos/responsabilidades e tecnologias. Procuramos fazer a interação desses elementos, tendo em foco as atividades de pesquisa e ensino. Três projetos foram submetidos à FAPESP - Fundação de Amparo a Pesquisa no Estado de São Paulo – para apreciação. Um, Recuperação da Base Material de Instituição de Pesquisa, outro, de Atualização e Ampliação da Rede Local de Informática e o terceiro

de Infra-estrutura de Pesquisa – Bibliotecas. Com a aprovação dos projetos e diante das transformações tecnológicas e possibilidades de mercado, implantamos novas plataformas de hardware e software a fim de renovar a nossa base, que já na época propiciava o compartilhamento de recursos. Com essa opção foi possível aproximarmos sistemas e serviços de quem os utilizam, deixando para os computadores a tarefa de gerenciamento de recursos computacionais.

A partir daí não paramos mais. Na incessante busca por soluções abrimos leques de atuação em diversas frentes, estruturadas a partir do NIT - Núcleo de Informação e Tecnologia. Montamos dois laboratórios, um voltado à manutenção de equipamentos, outro à formação/pesquisa. Iniciamos um programa de estágio para estudantes de computação, experiência importante para o estudante, pois possibilita que o mesmo, através de projeto supervisionado por professores da academia de origem do graduando, tenha uma aproximação entre a fundamentação científica adquirida na academia e a realidade técnica; e para a instituição que tem com isso a possibilidade de sensibilizar o futuro profissional para a atuação nas questões do que é público.

Usando a relação cliente/prestador de serviços, atendemos a uma demanda diária de 20 aprimorandos, 30 pós-graduandos, grupo móvel dentro da instituição, 42 pesquisadores e oito assistentes de pesquisas pertencentes ao quadro institucional, além dos 38 funcionários do quadro administrativo. Essa clientela heterogênea gera demandas que propiciam a retro-alimentação para a criação de novos leques de atuação.

Dentro dessa roda viva, vinculada às novas possibilidades tecnológicas que se apresentam a cada dia, a velocidade na defasagem do nosso parque é muito rápida. Essa situação, por muitas vezes, provoca atritos nas relações humanas.

Esta situação de atrito pode ser minimizada de várias formas: a adoção de soluções livres e de código fonte aberto[1] GNU-Linux vem demonstrando-se segura, efetiva e viável. Além de ter custo reduzido possibilita o investimento no patrimônio humano. Outra forma também

[1] free-open source

eficaz é a participação direta em projetos, com a previsão de recursos tecnológicos para a realização dos mesmos, como é o caso do SISVAN/SP, que possibilitando a aquisição e manutenção de equipamentos para a sua implementação contribui diretamente para a redução de atrito.

Nessa empreitada de automação não poderíamos deixar de citar a adoção de aplicações computacionais administrativas, como o Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios – SIAFEM e a Bolsa Eletrônica de Compras – BEC, por exemplo, que resultou em uma economia significativa de recursos. O desenvolvimento e implantação do aplicativo SISVAN/SP, software capaz de viabilizar leituras epidemiológicas sobre o perfil nutricional da população atendida em unidades Básicas de Saúde dos Municípios no Estado de São Paulo, possibilitando aos gestores do SUS tomar decisões considerando informações em tempo real.

É difícil relatar o que vem sendo feito nestes últimos anos em Tecnologia da Informação - aplicação dos diferentes ramos da tecnologia ao processamento de informações. Corremos o risco de cair na onda do "quantos MHz" (ou seria GHz?), e nessa onda começarmos a disparar centenas de números agrupados em tópicos. Com isso poderíamos esquecer que a potência desses dígitos não está nos números em si, mas nas informações que os mesmos contêm. Essa capacidade de ler o significado, de interpretar esses dados, de torná-los informação, estará sempre no patamar humano.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA BARAFUNDA DO SÉCULO XXI*

Umberto Catarino Pessoto

No início do século XXI retomamos o debate acerca do papel do Estado na vida das sociedades modernas, ainda que sob outra perspectiva. O século XX consolidou a centralidade do Estado na organização coletiva da vida dos homens. Essa centralidade, que tomou forma no século XIX com a estruturação dos estados europeus, particularmente Itália, Alemanha e França, açambarcou a esfera econômica após a quebra das bolsas em 1929, e foi incontrastável até a crise da dívida dos anos 80 dos grandes países latino-americanos, México, Brasil e Argentina.

O debate acerca do papel do Estado na vida das sociedades modernas ganhou novas perspectivas a partir do início do século XXI. No século XX, esse mesmo debate quase foi suprimido pela avalanche das idéias neoliberais que ocuparam as mídias, os governos e as agências internacionais de cooperação. Somente com os fracassos econômicos e financeiros dos países (Argentina, Turquia, Rússia) que seguiram à risca o receituário da chamada agenda do "Consenso de Washington"[1] foi possível restabelecer o diálogo.

Retirada a "areia dos olhos" é possível perceber que, por mais padronizadas que fossem as receitas impostas aos países dependentes que se submeteram ao ajuste dos 80 e 90, sempre houve espaço para a atuação dos atores sociais nacionais, embora se deva considerar a relatividade da sua autonomia. Por exemplo, as opções, ainda que limitadas, que México, Brasil, Argentina e Chile fizeram ao longo

---

*Este texto é derivado das discussões que ocorrem no Núcleo de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Naturalmente uma visão pessoal, mas alimentada pelas reflexões coletivas.

[1] Como se refere ao conjunto de regras definidas pelas agências internacionais de crédito e regulação (FMI, Banco Mundial, etc.), que foram sugeridas aos países em desenvolvimento para debelar a crise fiscal dos estados ocorrida nos anos 80.

daqueles vinte anos foram muito mais determinadas pelas conjunções de classes e arranjos políticos internos do que pelo determinismo externo.

Tomemos o caso do Brasil no que se refere à saúde. Enquanto a maioria dos países da América Latina seguia no caminho da destruição do pouco que havia de público e estatal na atenção à saúde, o Brasil construía um dos mais amplos sistemas de saúde universal atualmente estruturado no mundo em desenvolvimento. Hoje o Sistema Único de Saúde-SUS é motivo de comparações positivas no plano internacional.

O discurso duro do ajuste foi sendo corroído paulatinamente, tanto pelo exemplo das brutais conseqüências sociais que acarretou nos países que o realizaram, quanto pelas bem sucedidas recuperações econômicas dos países do oriente que aumentaram a presença do estado na economia.

É frente a esse panorama que se discute quais são e como devem ser aplicadas as políticas públicas para, minimamente, suavizar a extrema desigualdade social, que só cresce no hemisfério sul. Desta forma, podemos dizer que a qualidade do discurso e do debate ganha novos contornos. Um deles é saber se ainda estaremos subordinando as políticas sociais aos ditames férreos da política econômico-financeira que ganhou plena autonomia desde os tempos do ajuste. Um outro é saber como enfrentar o grave problema de exclusão social a partir do reconhecimento das desigualdades. Esse novo direcionamento do debate se distingue da problemática do início do século XX que se preocupava em como incluir milhões no sistema de produção de mercadoria em crescente expansão.

Ao submetermos a lógica das políticas sociais à atual lógica da política macroeconômica, pouco ou quase nada é possível fazer para subverter a ordem de desigualdades que marca nossa sociedade. Isto quer dizer que é necessário entender políticas sociais como centrais no desenho da política econômica, e não como subproduto compensatório das seqüelas sociais advindas do processo de exclusão e concentração de rendas e capitais.

A política de saúde no Brasil, consubstanciada nos princípios gerais e diretrizes do SUS, principalmente a universalidade e integralidade da atenção, e tendo a equidade como sentido da ação,

é uma tentativa real de subverter a dupla lógica de exclusão e compensação da política econômica implementada nos últimos vinte anos no Brasil.

Esta maneira de entender as políticas de saúde insere a política de saúde do Brasil no mesmo espaço discursivo do sanitarismo latino-americano, dos anos 80 e início dos 90, radicado na Organização Pan-Americana da Saúde. Esse discurso foi uma tentativa de se fazer compreender que saúde é pré-condição para o crescimento econômico e desenvolvimento social e não conseqüência. Portanto, a inclusão da saúde como direito foi a forma encontrada para que o setor participasse ativamente do resgate da enorme dívida social reconhecidamente presente em toda América Latina.

Por coincidência histórica, a luta pela universalização do direito à saúde foi associada à democratização e descentralização do estado brasileiro (Heimann et al, 1992). Vislumbrou-se na municipalização dos serviços e da gestão do sistema de saúde uma possibilidade de atender às premissas da equidade, ou seja, atenção desigual aos desiguais. Entendeu-se que a municipalização era uma maneira de facilitar a associação das condições de saúde a condições de vida em espaços geográficos menores, pois seria possível distinguir as desigualdades que apenas genericamente se pode apreender em nível nacional, e mesmo estadual (Heimann et al, 2002).

O debate acerca das ambigüidades da municipalização ainda não se esgotou no Brasil. De panacéia para os nossos males centenários à estratégia de enfraquecimento do estado nacional promovida pelas agências internacionais, há análises das mais variadas possíveis, cada qual tomando uma faceta do processo em curso. Da NOB 93 à NOAS 2001 percebe-se movimentos pendulares de centralização, descentralização e (re)centralização das decisões estratégicas das políticas de saúde, principalmente no nível federal, como a proliferação de portarias ministeriais, a política de definição dos pólos regionais das NOAS, a indução de políticas via o PAB variável, etc. (Heimann et al, 2000).

O sistema de saúde no Brasil é campo profícuo de pesquisas, análises e debates. Por ser um setor onde se materializam interesses contraditórios, econômicos ou políticos, estará sempre aberto ao debate, necessitando permanentemente de investigações atualizadas e multifocadas.

Quais são e quais serão as conseqüências das inúmeras alterações que ocorreram nos últimos anos no SUS? Qual a tendência na composição do financiamento com o repasse de grande parte das atividades assistenciais aos municípios? Qual o impacto na cobertura da atenção com a introdução do Programa de Saúde da Família de forma sincronizada e massiva pelo Ministério da Saúde? Qual o grau de resolução dessa forma de atenção? É um programa de atenção simplificada para pobres? Atualmente o SUS tende à equidade, ou é somente uma política compensatória?

A não ser no plano ideológico, essas e outras perguntas ainda não estão plenamente respondidas, apesar de merecerem. O Instituto de Saúde se insere numa perspectiva científica, que busca respostas a problemas concretos do sistema e dos subsistemas de saúde, do SUS. Pesquisas orientadas para desvendar a correlação entre condições de vida e saúde, os impactos da descentralização política e administrativa do estado na performance do SUS, e a natureza do financiamento e dos gastos em saúde são objetos de nossa reflexão.

Referências Bibliográficas

HEIMANN L S et al (1992). *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec.

HEIMANN L S et al (2000). *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: SOBRAVIME.

HEIMANN L S et al (2002). Quantos Brasis. São Paulo, Instituto de Saúde / Ministério da Saúde / Instituto PÓLIS, CD-ROM.

São integrantes do Núcleo e, portanto, co-participantes desta reflexão os seguintes pesquisadores: *Luiza S. Heimann, Jorge Kayano, Virginia Junqueira, Iracema E.N. Castro, Paulo R. Nascimento, Lauro C. Ibanhez, Carlos T. Cortizo, Jucilene L. Rocha, Roberta C. Boaretto, Juliana L. Sícoli*

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PESQUISA AVALIATIVA

Cláudia Maria Bógus

Nos últimos anos os projetos de pesquisa realizados no Instituto de Saúde têm delineado a Promoção da Saúde como uma importante estratégia da saúde pública. Ela surge como uma reação à medicalização da saúde na sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde e tem, no atual contexto, um marco de referência mais amplo do que o enfoque usado para caracterizar um dos níveis de prevenção, conforme apresentado na História Natural das Doenças por Leavell e Clark, em 1965. Atualmente, a Promoção da Saúde é entendida como um instrumental conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida (Cerqueira, 1997; Buss, 1998).

Desde a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986, as Conferências Internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde pública em torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa tiveram como parâmetros a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde em 1978 e debates posteriores realizados ao redor do mundo.

Claramente delineou-se o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença. A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (Santos; Westphal, 1999). Desta forma, a Promoção da Saúde relaciona os determinantes da saúde ao impacto nas coletividades, decorrente do processo de desenvolvimento em suas diversas dimensões: sociais, culturais, econômicas e políticas. A Promoção da Saúde não pode se limitar ao discurso das mudanças de estilo de vida que responsabilizam

unicamente o indivíduo. Deve-se ressaltar a combinação de estratégias através de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. A saúde não é assegurada apenas pelo setor da saúde mas, muito mais, pela implementação de políticas públicas saudáveis. Este novo paradigma já vem provocando profundas transformações e polêmicas nos meios acadêmicos e médico-sanitários, e agora começam a chegar ao grande público. A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e eqüitativo, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde (Becker, 2000).

Vale também destacar que a elaboração de uma autocrítica da educação sanitária baseada exclusivamente na noção psicossocial de mudança de hábitos individuais, impulsionou a ampliação do conceito de educação em saúde que é um dos alicerces da Promoção da Saúde, tal como é concebida atualmente (Ferraz, 1998).

Os encontros e as conferências posteriores à de Ottawa, especialmente as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas em Adelaide, na Austrália, em 1988, em Sundsvall, na Suécia, em 1991, em Jakarta, em 1997, e finalmente no México, em 2000, reafirmaram as Conferências de Alma-Ata e Ottawa, ressaltando a necessidade de se adotarem propostas de intervenção inovadoras e mais abrangentes na implementação de políticas públicas saudáveis (Brasil, 2001).

A Conferência de Promoção da Saúde de Adelaide em 1988 elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis "que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população". A Declaração ressalta que os principais propósitos das políticas saudáveis são a criação de ambientes favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis e que tais políticas facilitem opções saudáveis de vida.

A Declaração de Sundsvall, produzida na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1991, trouxe o

tema do ambiente para a arena da saúde. Não restrito apenas à dimensão física ou "natural", mas também nas dimensões social, econômica, política e cultural. A Conferência ressaltou a importância de combater as desigualdades sociais que impedem e determinam o acesso distinto dos grupos sociais aos recursos para viver e às oportunidades para ter maior poder de decisão.

Na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jakarta em 1997, reafirmaram-se os vínculos entre saúde e desenvolvimento, destacando os fatores transnacionais: a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação. Também apareceu nesta Conferência um chamado à participação do setor privado nas atividades de promoção da saúde, dentro da idéia de reforço à ação comunitária.

A Declaração do México do ano 2000 reafirmou a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a sustentação das ações locais, nacionais e internacionais e expressou o compromisso de elaborar um plano de ação de alcance nacional para seguir de perto os progressos realizados na incorporação das estratégias de promoção da saúde na política e no planejamento em nível nacional e local. Os estados membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o conjunto da sociedade foram convocados a atuar em diversas áreas: emprego de provas científicas como fundamento da promoção da saúde, maiores investimentos em saúde, promoção da responsabilidade social, fortalecimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades, garantia da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde e a reorientação dos sistemas e serviços, usando critérios de promoção da saúde.

Além das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, foram realizadas duas Conferências regionais nas Américas: Santa Fé de Bogotá, em 1992 e no Caribe, em 1993.

A Declaração de Bogotá afirma que "a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento". Por ter sido a primeira Conferência de Promoção da Saúde realizada em uma região em desenvolvimento, observa-se um sentido de maior urgência no alcance dos objetivos de desenvolvimento, igualdade, consenso, participação da sociedade civil e de todos os setores,

culturas, sexos e recursos para a obtenção da saúde. A iniqüidade foi considerada determinante na deterioração das condições de saúde e vida das populações, agravadas na América Latina pela crise econômica, pelos programas das políticas de ajuste macro-econômico e pela situação política, que limita o exercício da democracia e da participação pela cidadania.

A I Conferência Caribenha de Promoção da Saúde considerou a promoção da saúde uma abordagem adequada para a realidade da região, por reforçar a capacidade de indivíduos e comunidades no controle, implementação e manutenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual e por não estar voltada exclusivamente para a prevenção das doenças.

As cinco estratégias que são definidas e apresentadas na Carta de Ottawa resumem as diretrizes e pressupostos da Promoção da Saúde: elaboração e implementação de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; apoio e participação da comunidade; desenvolvimento de habilidades individuais; reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

As ações de Promoção da Saúde concretizam-se em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e sobretudo nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais onde essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social (Westphal; Mendes, 2000; Bógus, 1998).

Como decorrência do surgimento, implantação e implementação de políticas públicas e programas de desenvolvimento social que têm a Promoção da Saúde como eixo, grupos de pesquisadores e estudiosos da área têm discutido sobre a necessidade de se aprimorar e investir em processos avaliativos para conhecer adequadamente os resultados de tais ações. As instituições de investigação e seus profissionais devem se ocupar do tema da avaliação, desenvolvendo metodologias de monitoramento e avaliação de programas, ações e atividades, para oferecer subsídios aos formuladores de políticas.

O Relatório do Grupo de Trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) estabeleceu quatro aspectos que

devem, necessariamente, fazer parte dos projetos de avaliação das iniciativas de Promoção da Saúde:

• Participação: a avaliação de iniciativas de Promoção da Saúde deve envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa sendo avaliada;

• Múltiplos métodos: a avaliação de iniciativas de Promoção da Saúde deve delinear-se utilizando elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados;

• Capacitação (*capacity building*): a avaliação de iniciativas de Promoção da Saúde deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de Promoção da Saúde;

• Adequabilidade (*appropriateness*): a avaliação de iniciativas de Promoção da Saúde deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto a longo prazo.

Esses aspectos devem servir como norteadores das propostas de avaliação na área da Promoção da Saúde para preservar sua singularidade.

O Instituto de Saúde tem realizado a avaliação de políticas públicas de Promoção da Saúde como uma de suas linhas de pesquisa, desenvolvendo estudos sobre políticas de promoção da saúde, no que se refere à proposição, acompanhamento, análise e avaliação das mesmas. Com esta perspectiva, trabalhos em andamento na instituição têm procurado estabelecer vínculos com linhas de pesquisa voltadas para políticas públicas e formação de recursos humanos.

Referências Bibliográficas

BECKER D (2000). *A construção de uma sociedade saudável*. Lista de Discussão "Rede de Educação Popular e Saúde".

BÓGUS CM (1998). *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*. São Paulo, Annablume/FAPESP.

BRASIL (2001). Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Brasília.

BUSS PM (Org.) (1998). *Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro. ENSP.

CERQUEIRA MT (1997). Promoción de la salud y educacón para la salud: retos y perspectivas. In: ARROYO HV, CERQUEIRA MT.. *La promoción de la salud y educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Puerto Rico. Editorial de la Universidade de Puerto Rico/OPS, p. 7-47.

FERRAZ ST (1998). Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *RAP*, v. 32 n.2, p. 49 – 60.

SANTOS J; WESTPHAL MF (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 71 – 88.

WESTPHAL MF; MENDES R (2000). Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *RAP*, v. 34, n.6, p. 47 – 62.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Health Promotion Evaluation*: recommendations to policymakers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE

Ana Lúcia da Silva
Danaé Teresinha N. Conversani

Introdução

"Saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000, mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais", foi o que preconizou a Conferência de Alma –Ata, realizada há 24 anos. O documento, ainda atual, reflexo dos desejos de seus participantes, firmava a necessidade de buscarmos melhores condições de vida para todos, mediante: "a construção de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o desenvolvimento de habilidades individuais; o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde" (WHO, 1978).

Educação para todos também é a direção dada por Delors (2001), apoiado em quatro grandes pilares e saberes: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Garantir a todas as pessoas os conhecimentos básicos necessários a uma vida digna vem se impondo como condição insubstituível para o advento de uma sociedade mais justa e saudável.

Duas grandes instituições mundiais, em décadas distintas, buscaram capitalizar duas áreas do conhecimento para uma melhor qualidade de vida dos povos: Saúde e Educação. Governantes, profissionais da saúde, educadores, população, líderes comunitários, numa junção de saberes para um mundo melhor em saúde e educação. Aliar conhecimentos, unir saberes, visando melhoria da qualidade de vida das pessoas é, e provavelmente será por muitas décadas, objetivo primordial.

Entendemos que a busca pela qualidade de vida passa pelo assistir-cuidar em saúde; pelo ensinar-aprender em educação; pelo assistir-aprender em saúde-educação, mas também pelo pesquisar nessas duas grandes áreas do conhecimento.

A era moderna, que teve seus primórdios nos séculos XVI-XVII, marcou profundamente a humanidade em duas grandes vertentes: o saber e o fazer, ciência e senso comum, pesquisa científica e empirismo. Essa dicotomia trouxe grandes benefícios e avanços científicos. Todavia, também acarretou prejuízos às pessoas que se beneficiaram desses mesmos progressos, principalmente no que diz respeito à não valorização da pessoa como ser humano, e sim como máquina produtora de bens materiais.

Reduzir essa dicotomia é um desafio. Embora já cristalizada pela força do tempo, não é impossível repensá-la no sentido de resgatar/formular conteúdos científicos e práticas populares em que a condição humana seja privilegiada. Especificamente em relação às Ciências da Saúde e Ciências Humanas/Educação, é importante aliar esforços que aproximem profissionais de saúde e assistidos; educadores e educandos, pesquisadores e pesquisados, como também interligações entre a assistência, o ensino e a pesquisa.

Aproximando Saúde e Educação

O ensino superior tem valorizado um ensino prioritariamente disciplinar e segmentado. A inter-transdisciplinaridade é incipiente. Nesse sentido, profissionais são graduados de forma fragmentada e, geralmente, reproduzem em suas vivências profissionais práticas também fragmentadas. O fato de terem sido assim graduados não significa que assim devam exercer suas atividades profissionais. Devem buscar atualizações/especializações em outros ramos da Ciência para que tenham mais facilidade em exercer suas práticas sem esfacelamentos.

As Ciências da Saúde utilizam conhecimentos produzidos na Biologia, Bioquímica, Farmacologia, Genética, Fisiologia, Parasitologia, entre outras. Graduados nessa grande área do conhecimento - enfermeiros, médicos, odontólogos, farmacêuticos, nutricionistas e outros - têm reproduzido práticas verticalizadas e segmentadas como reflexo do ensino não contextualizado, dificultando o alcance das metas da Organização Mundial da Saúde explicitadas em Alma-Ata.

As Ciências Humanas/Educação, por sua vez, utilizam conhecimentos produzidos na Psicologia, Antropologia, Sociologia,

Ciências Políticas, Teologia, História, entre outras. Pedagogos, sociólogos, cientistas políticos, psicólogos e outros têm, também, reproduzido práticas descontextualizadas em relação a outras grandes áreas do conhecimento, retardando o alcance das propostas da UNESCO.

Nesse momento, interessa-nos particularmente vislumbrar interfaces acadêmicas entre as duas grandes áreas mencionadas, com o propósito de aproximar, nas futuras práticas profissionais, as metas Organização Mundial de Saúde (OMS), UNESCO, dos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil

É mister considerar que o ser humano que assistimos e educamos, é um ser inteiro, sempre, e assim devemos vê-lo no exercício de nossas atividades profissionais. O ser humano não é só um ser biológico. É também um ser psico-sócio-cultural e espiritual. É um todo complexo que interage consigo mesmo, com sua família e com a sociedade. Sendo assim, e sem desvalorizar nossas especialidades profissionais, o fazer deve refletir um saber, conquistado nos bancos universitários e aprimorado continuamente, rumo a ações educativas em saúde, de forma plena e não fragmentada.

As práticas desenvolvidas, quer na vertente fragmentada ou inter-transdisciplinar, estão gerando pesquisas com finalidade de aprofundar o que se coloca atualmente e o que poderemos projetar para novas pesquisas.

Complexidade em Educação e Saúde

Buscamos trabalhar com referenciais teóricos-metodológicos que aproximam o saber e o fazer, facilitando assim a construção de linhas de pesquisas alicerçadas nas metas da OMS/UNESCO/MS-MEC..

Entendemos linhas de pesquisa como sendo "uma proposta de investigação sobre um ou vários temas correlacionados, contínua ao longo do tempo, vinculada a questões e problemas relativos às necessidades da população, realizada de modo progressivo e em condições para imediato engajamento de novos pesquisadores" (Wrigth et al., 1982), ou ainda, representam temas aglutinadores de estudos científicos, que se fundamentam em tradição investigativa, das quais se originam projetos cujos resultados guardam afinidades entre si.

O objeto último da nossa prática investigativa, o ser humano, exige do sistema ações complexas.

Um modo de pensar complexo pode gerar pesquisas intertransdisciplinares de impacto social, principalmente no que diz respeito a uma melhor qualidade de vida das pessoas, a partir do momento em que serão agentes ativos no processo, usufruindo diretamente de seus resultados. O referencial adotado por nós tem sido o Paradigma da Complexidade de Edgar Morin (Morin, 2000). Este paradigma tem proposto a concretização da intertransdisciplinaridade como forma de unir o que foi disjunto pela ciência na era moderna ao fragmentar disciplinas acadêmicas. Ao conceber, tecer, e operacionalizar estudos pautados no pensamento complexo, seus produtos apontarão para a aliança de conhecimentos e saberes necessária para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Referências bibliográficas

DELORS J (Org.) (2001). *Educação: um tesouro a descobrir*. 6. ed., São Paulo, Cortez, Brasília: MEC: UNESCO.

MORIN E (2000). *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal, EDUFRN.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata. Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion* (NPH). Disponível em < http://www. who.int/ hpr/backgroundhp/almaata.htm> Acesso em: 25/08/2002.

WRIGTH MGM; PAIM L; RODRIGUES KH (1982). *Avaliação e perspectivas*. Brasília, SEPLAN/CNPq. (Ciências da Saúde, 6. Enfermagem, 38).

ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

Maria Mercedes Loureiro Escuder
Ana Aparecida Sanches Bersusa

Planejamento, gerenciamento e avaliação em serviços de saúde requerem coleta de dados, acompanhamento de informações, escolha ou elaboração de indicadores apropriados para testar eficiência, eficácia ou impacto de ações programadas. A epidemiologia pode ser entendida como "um instrumento técnico capaz de realizar diagnósticos coletivos de saúde e de estabelecer um diálogo do saber técnico com os interesses sociais e com a consciência sanitária dos cidadãos, servindo de orientador para a tomada de decisões no setor saúde" (Campos, 1989). Essa perspectiva dinâmica da Epidemiologia parece convidar os gerentes de serviços de saúde a integrar seus princípios aos da Administração.

Nesse novo perfil de Epidemiologia, aproximando-a da prática em serviços de saúde, o II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, formulado pela ABRASCO, levanta problemas como: *conhecimento insuficiente das condições concretas de saúde da população para permitir intervenções estratégicas pelos serviços de saúde* e ainda, a *insuficiência de estudos epidemiológicos que permitam avaliar a necessidade, adequação e efetividade dos serviços prestados.* (Abrasco, 1995). A transformação do papel da Epidemiologia nos serviços de saúde possibilitaria alterações significativas nas práticas epidemiológicas.

O Núcleo de Investigação em Epidemiologia se redefine priorizando pesquisas que atendam demandas e necessidades dos serviços. Assim, a Epidemiologia toma a dimensão de um instrumento, na proposição muito bem elaborada por Dever (1988) que sugere como atuações da epidemiologia, entre outras, a descrição do nível de saúde das populações humanas a fim de proporcionar uma base para o planejamento, avaliação e administração da promoção à saúde.

Nesta perspectiva, as linhas de pesquisa desenvolvidas pelos

pesquisadores do Núcleo são: avaliação de serviços de saúde, determinantes do processo saúde-doença e epidemiologia em serviços e programas de saúde.

Os estudos desenvolvidos atualmente tomam caminhos para produção de conhecimento, criando e estudando indicadores de saúde calcados em princípios de humanização do atendimento. Desse modo, a gerência de serviços consegue instrumentos que buscam mensurar a qualidade da assistência à saúde na perspectiva do usuário. Outro enfoque adotado pela equipe está na ação direta de apoio tecnológico para diversas áreas de produção de serviços de saúde, tanto na assessoria como na capacitação e formação de profissionais.

Um exemplo deste tipo de atuação é o Projeto Amamentação e Municípios, iniciado em 1998, com o Núcleo da Mulher e da Criança, que objetiva capacitar equipes de saúde de municípios para realização de inquéritos de diagnóstico de aleitamento materno. A cada ano, o Instituto de Saúde recebe municípios interessados em conhecer o perfil das práticas alimentares de suas crianças menores de 1 ano, através de um inquérito epidemiológico realizado no dia nacional da vacinação. Essa experiência tem trazido o desafio de aproximar o rigor metodológico, exigido na pesquisa científica, da prática da coleta de dados primários para o gerenciamento de ações de saúde. Conceitos de indicadores de saúde, planos amostrais, técnicas de entrevistas, tratamento e análise de dados são discutidos com os profissionais da rede pública. A condução de um inquérito epidemiológico pelos próprios profissionais do serviço tem como objetivo dar a eles autonomia para apropriarem-se da informação coletada.

Considerando que a cobertura vacinal alcançada nos municípios do Estado de São Paulo nos dias nacionais de vacinação é acima de 85%, atingindo crianças usuárias ou não do Sistema Único de Saúde, o inquérito tem-se mostrado positivo como fonte primária de informação epidemiológica. Dos 208 municípios que participaram do projeto de 1998 a 2001, 56 realizaram o inquérito mais de uma vez. Muitos implantaram ações específicas de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno depois de conhecerem o resultado do inquérito e repetiram a experiência, com o intuito de avaliar as ações implantadas. O contato permanente com as equipes municipais que já realizaram o inquérito permite um aprimoramento contínuo do Projeto, tanto nas

ações de capacitação e coleta de dados, como nas de utilização de indicadores para o planejamento e avaliação de programas.

A Organização Mundial de Saúde enfatiza a necessidade de se desenvolver métodos rápidos de inquéritos com baixo custo, como o Expanded Programme on Imunization (EPI), largamente usado para inquéritos de cobertura vacinal (Annker, 1991; Bennet et al, 1991). Nesse sentido, a estratégia de levantamento de dados em dias nacionais de vacinação pode ser inovadora, pois os municípios coletam dados em apenas 1 dia e após a digitação em um "software" específico do projeto, é possível emitir relatórios com os indicadores desejados de prevalência de aleitamento materno em diversas modalidades.

Para diminuir o custo operacional dos municípios com população de crianças menores de 1 ano entre 3.000 e 1.000.000 de habitantes foi elaborado um modelo de amostragem comum a todos, sem perder a precisão necessária para dar credibilidade aos dados. Optou-se por elaborar para cada município um plano amostral por conglomerados, representados por postos de vacinação. Como os postos apresentam diferentes tamanhos (nº de crianças), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados, mantendo-se a autoponderação da amostra (Silva, 1998). No primeiro estágio, os postos são selecionados por meio de sorteio sistemático. No segundo estágio, as crianças são sorteadas na fila de vacinação.

Muitas vezes a aplicação de inquéritos rápidos e de baixo custo sacrifica a acurácia das informações obtidas. Nesse sentido, o Núcleo tem em desenvolvimento o estudo para a avaliação do plano amostral utilizado no Projeto Amamentação e Municípios. As equipes municipais são também capacitadas para aplicar as técnicas amostrais, permitindo que o conceito de representatividade populacional de um inquérito seja discutido, facilitando a apropriação das informações coletadas para uso local.

Este componente pedagógico é objeto de iniciativas específicas no Núcleo. O curso de Exame Físico para Enfermeiros, oferecido anualmente no âmbito dos Cursos de Inverno[1], é outro exemplo da

---

[1] Programa de cursos rápidos, com vinte horas de duração, oferecido anualmente a profissionais do SUS, durante o mês de julho

integração da Epidemiologia à prática assistencial que norteia as nossas atividades na instituição. As técnicas de coleta, sistematização de informações e o olhar de um indivíduo como parte de um coletivo foram incorporados, enriquecendo o escopo específico da assistência de enfermagem e contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção aos indivíduos atendidos pelo SUS.

Cabe também salientar a participação do Núcleo na capacitação de profissionais através do curso de Aprimoramento Profissional em Investigação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, no qual o enfoque epidemiológico teve espaço no projeto de avaliação do Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. Princípios de organização de bases de dados, definição de variáveis, estrutura métrica e análise de dados foram incorporados à proposta pedagógica e um inquérito domiciliar para avaliar a saúde do adulto através dos programas de atenção ao portador de diabetes ou hipertensão foi desenvolvido, com o objetivo também de ensinar a Epidemiologia como instrumento de avaliação e planejamento aos aprimorandos

Ainda na perspectiva de avaliação do Programa Saúde da Família (PSF), o Núcleo se envolveu em outro projeto, utilizando o Sistema de Informações de Atenção Básica, o SIAB, como fonte de dados secundária para analisar a situação do programa no âmbito do Estado de São Paulo. Esse sistema tem como finalidade o acompanhamento da população atendida pelo PSF para o planejamento e avaliação dos serviços em nível local, gerando indicadores epidemiológicos apropriados para esse fim. Pode-se observar, entretanto, que o sistema foi ineficaz para a análise epidemiológica dos indicadores propostos, mostrando-se mais um sistema gerador de indicadores de produção de serviço. A proliferação de bases de dados na saúde aponta para um importante espaço que a Epidemiologia deve penetrar, com perspectivas de melhorar a qualidade das informações emitidas, analisá-las e de incorporar nos serviços a prática do uso dessas informações para acompanhamento da situação de saúde da população.

De fato, o saber epidemiológico, quando desafiado pelas demandas da administração dos serviços de saúde, apresenta-se eclético na solução de problemas e no reconhecimento da realidade.

O Núcleo de Epidemiologia tem-se proposto, ainda que timidamente, a contribuir para a aproximação do conhecimento epidemiológico dos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

CAMPOS GWS (1989). Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.) (1989) *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec, p 9-32.

ABRASCO (1995). *II Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil, 1995-1999*. Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, Rio de Janeiro.

DEVER GEA (1988). *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo, Pioneira: Epidemiologia enfocando a prevenção, p.1-24.

ANKER M (1991). Epidemiological and statistical methods for rapid health assessment: introduction. *World Health Statistics Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 94-97.

BENNET S; WOODS T; LIYANAGE WM; SMITH DL (1991). A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 98-104.

SILVA NN (1998). *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo.

PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO

Sonia Isoyama Venancio
Marina Ferreira Rea
Tereza Toma

O contexto

As vantagens da amamentação têm sido amplamente documentadas na literatura. As evidências científicas mostram que todas as mulheres deveriam amamentar de forma exclusiva, sem a adição de qualquer outro líquido ou alimento, até o sexto mês de vida da criança, devendo manter a amamentação com alimentos complementares até o segundo ano de vida ou mais (WHO, 2001).

Apesar da superioridade do leite materno em relação aos leites artificiais, o declínio da amamentação é relatado em todo o mundo, como resultado da interação de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que marcou o final do século XIX e trouxe uma série de mudanças estruturais à sociedade: a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a adoção, nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial (Rea, 1989; Venancio, 1996).

As conseqüências desastrosas do desmame precoce, que passaram a ser evidenciadas nos países em desenvolvimento em meados da década de 70, levaram à mobilização da sociedade para o retorno à amamentação.

A partir da década de 80, a Organização Mundial de Saúde - OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF - direcionaram esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação. Ações de proteção (normas ou leis), promoção (divulgação na comunidade) e apoio (aconselhamento e orientação às mães) ao aleitamento materno passaram a ser implementadas como as bases dessa política.

Em 1981, o Brasil lançou o PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. A avaliação deste programa, realizada em 1986, mostrou um aumento significativo no início e duração do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Região Metropolitana de Recife (Rea e Berquó, 1990).

Estudo em nível nacional (Venancio e Monteiro,1998), comparando estimativas da freqüência de aleitamento materno (independente do recebimento de outros alimentos) entre 1974 e 1989, também evidenciou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil nesse período, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses. Porém, apesar desta tendência, sabemos estar ainda muito distantes da situação ideal.

A linha de pesquisa sobre amamentação do NISMC

A reflexão sobre nossas atividades no tocante à linha de investigação "Aleitamento Materno" fez com que nos deparássemos com a seguinte questão: em que medida estamos, ou não, contribuindo para a definição e avaliação das políticas públicas de amamentação em nosso país? Buscando responder a essa questão, discorremos a seguir sobre algumas atividades desenvolvidas pelo Núcleo, tendo como eixo norteador às ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, que constituem as bases da política de incentivo à amamentação.

No tocante às ações de proteção ao aleitamento materno, é conhecida a necessidade da existência de uma legislação que assegure às mulheres trabalhadoras o direito de amamentar. Pesquisas realizadas sobre esse tema pelo NISMC mostram que, apesar da existência da licença-maternidade de 120 dias, a amamentação exclusiva é pouco praticada entre mulheres trabalhadoras formais (Rea et al, 1997; Rea et al, 1999).

Outro tema sobre o qual temos nos debruçado é o monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)[1] que regulamenta a promoção comercial e o uso apropriado

[1] Em parceria com a International Baby Food Action Network - IBFAN.

dos alimentos colocados à venda como substitutos ou complementos do leite materno, além de mamadeiras, bicos e chupetas. A vigilância do cumprimento da NBCAL também inclui a reflexão sobre a relação entre os mecanismos legais de proteção do aleitamento materno e as questões éticas, especialmente àquelas relacionadas à prática profissional (Rea e Toma, 2000).

Em relação à promoção do aleitamento materno, uma das estratégias adotadas em nosso país tem sido a realização de atividades durante as Semanas Mundiais de Amamentação, coordenadas pelo Ministério da Saúde em parceria com a WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). No Estado de São Paulo o NISMC/IS tem atuado na coordenação de tal atividade, investindo esforços para o estabelecimento de parcerias, como vem ocorrendo com o SENAC desde 1995. Em 2002 as atividades da Semana Mundial incluíram a capacitação de 200 multiplicadores nas cidades de São Paulo para atuarem na promoção do aleitamento materno em suas comunidades (Siqueira et al, 2002).

Sabe-se que tanto grupos de mães, como líderes comunitários e profissionais de saúde podem influenciar positivamente a amamentação. Dentre as estratégias cujo impacto é comprovado, merecem destaque a capacitação de profissionais de saúde que atuam na assistência materno-infantil e a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

A avaliação de estratégias de capacitação de recursos humanos em aleitamento materno tem sido objeto de investigação de pesquisadores do NISMC. Temos nos dedicado à avaliação de diferentes cursos voltados a populações distintas, podendo-se citar como exemplos à avaliação do impacto do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF e avaliação do Curso de Promoção do Aleitamento Materno nas Instituições de Saúde OMS/Wellstart. Cabe ressaltar que a avaliação do primeiro curso mostrou que o mesmo é capaz de aumentar os conhecimentos, as habilidades no manejo clínico e a utilização de técnicas de aconselhamento em amamentação, e que a participação de gestores hospitalares no segundo curso foi capaz de promover mudanças significativas nas rotinas desfavoráveis ao aleitamento materno adotadas nas maternidades (Rea e Venancio, 1999; Rea et al, 2000).

A avaliação das práticas adotadas pelas maternidades, que sabidamente são capazes de influenciar a adoção e a manutenção do aleitamento materno, também tem sido alvo de nossas pesquisas. Toma (1998) detectou uma situação crítica nas maternidades públicas e privadas no município de São Paulo, que estavam muito distantes do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela IHAC.

A IHAC conseguiu até o momento a adesão de mais de 200 hospitais no Brasil, sendo menos de 20 no Estado de São Paulo. Esse fato é preocupante, frente ao potencial dessa proposta para a expansão da prática da amamentação. Estudo realizado com 84 municípios neste Estado mostrou que o fato de a criança nascer em um Hospital Amigo da Criança ou em um município que tem um Hospital Amigo da Criança aumenta em três vezes a chance de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida (Venancio et al, 2002).

A preocupação em garantir a possibilidade de amamentação aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso levou à realização de estudo sobre a implantação do projeto Mãe Canguru em hospital público, o qual mostrou que apesar da viabilidade do mesmo, muitas mulheres tinham dificuldade de participar do programa em tempo integral (Rea e Toma, 1997). Em 2000, estudo realizado em outro hospital público sobre o mesmo tema nos possibilitou compreender que os arranjos familiares, ou seja, a maneira como o pai e outros membros da família se articulam na divisão das tarefas domésticas e cuidados de outros filhos, parece ser fatores essenciais para a adesão da mulher ao programa Mãe Canguru (Toma, 2001).

Questões relacionadas à transmissão vertical do HIV através do leite materno constituem, hoje, grande desafio para os que trabalham com amamentação. Assim, no ano de 2001 participamos de um estudo colaborativo com a OMS realizado em 11 países com a finalidade de produzir um instrumento de coleta de dados sobre HIV e alimentação infantil.

Perspectivas

Os resultados de nossas pesquisas mostram o impacto positivo de algumas intervenções que buscam ampliar a prática da

amamentação em nosso meio. Por outro lado, constatamos através do desenvolvimento do Projeto Amamentação e Municípios, que capacita equipes municipais para a aplicação de inquérito sobre amamentação em campanhas de vacina, que a prevalência da amamentação exclusiva em nosso Estado é baixa - em torno de 20% em menores de 4 meses. Diante desse paradoxo, sentimos que é necessário adotar novas estratégias para a expansão da prática do aleitamento materno.

Temos nos debruçado sobre a avaliação das estratégias propostas pela política nacional de incentivo à amamentação, mas parece que, frente à descentralização proposta pelo SUS, é necessário ter em vista como os estados e, principalmente os municípios - responsáveis pela implementação das políticas públicas de saúde - podem planejar e avaliar suas ações de proteção, promoção e apoio à amamentação.

Nesse sentido, o desenvolvimento do Projeto Amamentação e Municípios, que propõe uma metodologia de inquéritos rápidos sobre amamentação em campanhas de vacinação, possibilitando o diagnóstico da freqüência da amamentação em menores de um ano, nos parece um instrumento valioso, por fornecer aos gestores informações para o planejamento e monitoramento dos indicadores de aleitamento materno no município.

Referências Bibliográficas

REA MF (1989). *As políticas de alimentação infantil e a prática de amamentar: o caso de São Paulo*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

REA MF; BERQUÓ E (1990). Impact of Brazilian National breat-feeding programme on mothres of Greater São Paulo. *Bull WHO*; v. 68, n. 3, p. 365-371.

REA MF; TOMA TS (1997). *Assistência canguru: desenvolvimento de um projeto-piloto na cidade de São Paulo e estudo de custo-efetividade*. Relatório técnico à FAPESP, Instituto de Saúde/CIP/SES-SP.

REA MF; TOMA TS (2000). Proteção do leite materno e ética. *Rev. Saúde Publica*; v.34, n. 4, p. 388-95.

REA MF; TOMA TS; VENANCIO SI; SAMPAIO CM; CARVALHO FYO (2000). O papel do curso de promoção do aleitamento materno nas instituições de saúde OMS/Wellstart na implementação de uma política de aleitamento materno na região metropolitana de São Paulo. In: *Anais do V Congresso de Saúde Coletiva*, p. 369.

REA MF; VENANCIO SI (1999). Avaliação do curso de Aconselhamento em Amamentação – OMS/UNICEF. *J. Pediatria;* v. 75, n. 2, p. 112-118.

REA MF; VENANCIO SI; BATISTA LE; GREINER T (1999). Determinants of the breastfeeding pattern among working women in São Paulo. *J Human Lactacion* v. 15, n. 3, p. 233-39.

REA MF; VENANCIO SI; BATISTA LE; SANTOS RG; GREINER T. (1997). Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 149-56.

SIQUEIRA SR; TOMA TS; GAZZI MS (2002). Semana mundial de amamentação e a promoção do aleitamento materno em São Paulo: um exemplo de parceria Instituto de Saúde/SENAC. *Boletim do Instituto de Saúde*: *BIS*, n. 27, p. 16.

TOMA TS (2001). Método Canguru: participação de mães, pais e outros membros da família no cuidado do bebê de baixo peso. In: *Anais do Congresso Paulista de Bancos de Leite Humano*, Ribeirão Preto, 2001, Ribeirão Preto.

TOMA TS (1998). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: diagnóstico das práticas de alimentação infantil em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo*. Dissertação (Mestre em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

VENANCIO SI (1996). *A evolução da prática do aleitamento materno no Brasil nas décadas de 70 e 80*. Dissertação (Mestre em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

VENANCIO SI; ESCUDER MML; KITOKO P; REA MF; MONTEIRO CA. (2002). Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*; v. 36, n. 3, p. 313-18.

VENANCIO SI; MONTEIRO CA (1998). A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiologia*, v. 1, n.1, p. 40-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). WHA 54.2, Genebra.

ASPECTOS DA CONCEPÇÃO E CONSTRUÇÃO DO OBSERVATÓRIO DA QUALIDADE DE VIDA DE SANTO ANDRÉ

Tânia Margarete Mezzomo Keinert

Este artigo sistematiza as discussões iniciais da primeira fase do projeto de construção do Observatório da Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA), uma iniciativa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo com a Prefeitura Municipal de Santo André (PMSA), com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP[1]. Evidenciam-se dificuldades conceituais e operacionais de produzir indicadores sintéticos de fácil manuseio e leitura, com boa capacidade de traduzir o evento em foco num dado momento e lugar, e que possuam legitimidade entre seus potenciais usuários.

Definindo conceitos

Apesar do termo "*Qualidade de Vida*" (QV) ser muito citado e discutido na atualidade, não há um consenso sobre o seu conceito. Diversas são as abordagens referentes ao tema, algumas de caráter econômico, outras relacionadas às condições ambientais, além das que consideram alguns aspectos de percepção subjetiva de QV.

A proposta do Observatório de Qualidade de Vida implica na operacionalização do conceito, entendendo-se por operacionalização a busca de indicadores concretos, empíricos, capazes de traduzir e permitir encontrar, na prática, os conceitos teóricos e as variáveis envolvidas na temática em questão. Na operacionalização do conceito de QV parte-se da definição teórica, reconhecem-se as dimensões ou componentes de necessidades envolvidos no conceito, para se atingir progressivamente uma definição concreta na qual se faça referência aos indicadores para medi-la. Esses componentes ou variáveis são passíveis de serem desdobrados em sistemas de

---

[1] Programa de Políticas Públicas.

indicadores e abrangem condições que podem ser objeto de formulação de políticas públicas para o aumento do bem-estar da comunidade, tais como ambiente físico, saúde, educação, habitação, serviços básicos, emprego, renda e segurança pública.

Isto posto, reconheceu-se que um certo reducionismo seria inevitável no trajeto entre a definição conceitual e a implantação do OQVSA. A transformação de um conceito em um indicador invariavelmente implica em uma perda que deve ser assumida; caso contrário não haveria indicadores e seria impossível aferir a QV em Santo André.[2]

Assim, um esforço de priorização tornou-se absolutamente necessário, já que não há recursos nem ferramentas suficientes e capazes de abordar a totalidade dos matizes do conceito de QV.

Sendo desejável que o Observatório inicialmente concentrasse suas atenções em determinados problemas de políticas públicas, na sua construção definiu-se Qualidade de Vida como "a capacidade de uma comunidade de desfrutar de uma vida média longa de forma saudável, ou seja, "viver muito" e "viver bem" .

Um modo operacional de se expressar o conceito consiste em assumir a qualidade de vida como função da longevidade, medida por anos vividos, e do bem estar, entendido como um conjunto de elementos da vida social e urbana que favorecem ou dificultam a experimentação de uma vida saudável. Inclui aspectos urbanísticos, de cidadania, de saúde pública, de educação e de segurança, entre outros.

Assim, QV = f(Longevidade bem-estar)

Para se ter uma noção inicial de como pode ser trabalhado o conceito de Longevidade, veja-se que a Fundação SEADE, na apresentação do IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social - define a *Longevidade* dos indivíduos de uma comunidade como conseqüência de uma complexa cadeia de fatores, na qual destacam-se o nível de rendimento familiar, significando melhores padrões nutricionais e de habitação, o nível educacional, que possibilita maior

---

[2] Merece destaque a tradição andreense no levantamento de informações. Já em 1945 existia um departamento de estatísticas na Prefeitura. Recentemente, foi sancionada a lei municipal 8.179, de 14 de maio de 2001, que criou a Coordenadoria de Informações Socioeconômicas na PMSA.

informação sobre as doenças transmissíveis e melhores padrões de higiene, as condições ambientais dos locais de residência e trabalho, incluindo a qualidade do saneamento e os níveis de poluição, os hábitos alimentares e os níveis de consumo de tabaco, álcool e drogas[3].

A busca de explicações para a complexa cadeia de eventos que configuram os níveis de Longevidade de uma dada comunidade não é trivial. Todavia, a *Longevidade* deve ser vista como uma "via de entrada" ao estudo da QV. Deve servir como uma referência a ser cruzada com os condicionantes de bem-estar típicos de uma comunidade urbana, estes abarcando, por exemplo, matérias como violência e segurança pública, trânsito e transporte, qualidade da educação, existência de canais de participação popular, ambiente físico, saúde, condições habitacionais, qualidade dos serviços básicos, participação socioeconômica (emprego e renda) e seguridade, entre outras.

Há que se considerar, ainda, que o "viver bem" condiciona-se a determinantes que extrapolam os aspectos objetivos do bem-estar. A qualidade de vida não pode ser estudada apenas em seu caráter normativo. Também devem ser consideradas as percepções individuais, que sofrem influência da cultura e educação dos indivíduos.

De fato, a compreensão da percepção da população tem sido utilizada como importante fonte de informação para determinar a qualidade de vida, principalmente em ambientes urbanos. Esses estudos foram desenvolvidos a partir de 1980 e têm um caráter qualitativo, baseado na percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida. Em sua maioria, partem do pressuposto de que a vida dos indivíduos em uma cidade está continuamente exposta a uma série de características ambientais que podem produzir sentimentos de satisfação, de aversão ou indiferença.

Ao mesmo tempo, os indivíduos que ocupam o espaço urbano são heterogêneos no que diz respeito às condições econômica, educacional e cultural, e tendem a perceber diferenciadamente as fontes de satisfação e insatisfação na cidade. Alguns estudos

---

[3] Tais considerações sugerem que a função QV é composta e provavelmente seria mais bem expressa por QV = f (g (Bem-estar)), em que Longevidade = g (Bem-estar).

americanos exemplificam os sentimentos, aparentemente contraditórios, de satisfação e insatisfação em áreas contrastantes na cidade. Entre os residentes de uma área degradada, 75% da amostra declarou gostar de morar no local. Entre as razões levantadas para esta alta taxa de satisfação está o fato de que a área física tem um considerável significado de extensão do lar. Por outro lado, em áreas suburbanas de metrópoles americanas com moradores abastados e de bom nível cultural, mais de 85% classificaram as áreas em que residiam como excelentes ou boas. Instalações físicas bem planejadas e acessíveis, boas escolas, vizinhos amistosos, relativa segurança contra crimes, bom acesso a lojas e empregos, boa qualidade ambiental e pouco congestionamento foram as razões levantadas para esta avaliação.

O Observatório incorporou como pressuposto para o seu trabalho a idéia de que Qualidade de Vida pode ser observada a partir da contribuição que os condicionantes da vida urbana trazem para a extensão ou contenção da vida média dos cidadãos de uma comunidade, tanto do ponto de vista objetivo, como do ponto de vista dos atingidos por eles, segmentados de modo espacial, etário, socioeconômico, de gênero, étnico ou de qualquer outro modo que se considere apropriado. Entende-se, ainda, que a extensão da vida média contém em si, estatisticamente, uma boa incorporação da disponibilidade dos recursos existentes, sejam públicos ou privados.

Quanto ao tema 'observatório', cuja literatura é mais escassa, optou-se pelo conceito enxuto de metodologia de monitoramento. Entendeu-se que o OQVSA tem como funções a coleta, o armazenamento, a análise e a disseminação de informações.

Atentou-se para o fato de que é necessário garantir a sustentabilidade de longo prazo do OQVSA, por meio de uma configuração institucional adequada e da preservação da autonomia do Observatório. Isto para evitar que se fragilize diante de eventuais alternâncias políticas ao longo das rodadas eleitorais municipais.

Também se achou importante privilegiar as temáticas que são mais imediatamente objetos de ação de política pública municipal, assim como optar por unidades de análise compatíveis com a estratégia de planejamento utilizada no município.

Definição de metodologias de monitoramento

Existe uma preocupação recorrente com relação à realização de diagnósticos e análises territorializados, conforme as diferentes áreas do município e não apenas uma análise geral, calcada na média dos dados agregados. Isto porque os indicadores de especial interesse no auxílio à escolha entre políticas públicas alternativas são aqueles desagregáveis espacialmente, como o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

Desse modo, o primeiro tratamento que o Observatório dará aos dados coletados consiste em espacializar os resultados (georreferenciamento/produção de mapas). Em reforço à atividade de geoprocessamento que a PMSA já vem realizando há alguns anos, o OQVSA pretende recorrer a estruturas de processamento eletrônico de dados que permitam a captura, o armazenamento, a manipulação, a análise, a demonstração e o relato de dados referenciados geograficamente. Entretanto, é importante salientar que ao Observatório cabe fazer *diagnósticos* mais do que fazer *mapas,* o que implica recorrer a outros instrumentos de análise.

Assim, decidiu-se iniciar a implantação do Observatório de QV em Santo André pela produção de diagnósticos de situação espacializados por áreas a serem definidas e pela organização de uma sistemática para sua atualização. Tais diagnósticos devem possibilitar conhecer os fatores que afetam a qualidade de vida nas diversas áreas de Santo André, do ponto de vista objetivo e subjetivo. Em outras palavras, dar a conhecer os fatores de bem-estar urbano que vêm afetando a *longevidade média* do município e cuja modificação pode alterar positivamente a *expectativa de vida.*

O método diagnóstico proposto compreende pelo menos duas frentes de pesquisa, as quais procurarão abordar de maneiras diferentes – e não exaustivas – o amplo espectro de condicionantes e manifestações de qualidade de vida. São elas:

• estudo sistemático e georreferenciado da longevidade no município de Santo André e a interpretação desses resultados sob a ótica das condições urbanas existentes, entendendo-se por condições urbanas fatores como tempo gasto no trânsito, número de acidentes de trânsito, qualidade do transporte coletivo, violência, saneamento,

abastecimento de água, recolhimento de lixo, entre outros;

• pesquisa sistemática da percepção subjetiva da população sobre sua qualidade de vida e temas específicos como violência e segurança pública, qualidade da educação e da prestação de serviços básicos. Compõe-se assim uma avaliação global e setorializada da manifestação do cidadão quanto ao grau de bem-estar que o município permite-lhe desfrutar.

Ferramentas de geoprocessamento possibilitam sobrepor "mapas" construídos com base em dados de naturezas distintas, sem que para tanto seja necessário reduzir essa diversidade de informações a um número simplesmente. A intenção não é a de construir um índice unidimensional que incorpore tanto a temática da longevidade quanto informações de natureza subjetiva. O que se pretende é realizar comparações e análises mantendo-se a integridade das informações coletadas e, para tanto, a espacialidade que se espera estar associada a todas as frentes de pesquisa seria a "liga", a "linha de união", o elemento capaz de evitar que o produto seja apenas uma "colcha de retalhos".

Considerações finais: as atividades iniciais do Observatório e as dificuldades a serem superadas

O entrosamento entre as equipes construído e fortalecido ao longo da Fase I da pesquisa é, possivelmente, o principal resultado dos primeiros seis meses de trabalho. Mas não é o único. As vívidas discussões gradualmente moldaram o consenso de que o OQVSA deve abordar a QV em seus aspectos mais afeitos ao exercício da cidadania. A idéia subjacente é a de que a QV é definida pelo cidadão em contato com as condições urbanas que o meio lhe apresenta, sem se perder de vista que o produto dessa inter-relação – ou seja, a percepção subjetiva da QV no município – ganha maior sentido quando acompanhado de um análise objetiva do ambiente urbano.

Os questionamentos à proposta da longevidade deram-se no sentido de que a mesma submeteria o "viver bem" ao "viver muito", e que a temática 'longevidade' não seria suficiente para fornecer boas indicações sobre o estado da QV no Município. Entendem os pesquisadores, no entanto, que a longevidade pode ser a "porta de entrada" ao estudo da QV. Os mesmos não acreditam numa submissão do "viver bem" ao "viver muito", de modo que sua proposta sugere

iniciar o estudo por meio da longevidade, mas não restringir-se a ela. A longevidade funcionaria como uma abordagem inicial, a partir da qual seriam extraídos os critérios para a distribuição no tempo da realização dos estudos temáticos, estes sim voltados imediatamente à apreensão do bem-estar da comunidade andreense.

Pode-se perceber que os trabalhos de estruturação do Observatório ainda têm muitos avanços a conquistar, mas já trouxeram à tona uma série de desafios, cada um deles pensados e repensados nas várias reuniões das equipes envolvidas[4].

Este artigo encerra-se direcionando os holofotes para um desafio ainda não considerado adequadamente, mas que sem dúvida será objeto de reflexão e incorporação nas próximas etapas do projeto. Trata-se da necessidade de promover o envolvimento da população andreense no processo de estabelecimento do Observatório de Qualidade de Vida de Santo André, ou seja, da inclusão nas equipes de trabalho da população através de suas representações sociais, comunitárias, por bairro etc. Esta inclusão teria como objetivo informar a população sobre o projeto, capacitar a compreensão da importância de sua implantação e de seus resultados e, se possível, agregar a população nas coletas e atividades previstas. Assim, as propostas carregarão maior significado em seu objetivo de engendrar novas formas de procedimentos e participação nas políticas públicas. Por fim, note-se, este não é um desafio trivial. O trabalho está apenas começando.

Referência bibliográfica

KEINERT TMM; KARRUZ AP (Org.) (2002). *Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias*. São Paulo, Annablume Editora/Fapesp.

Obs.: *Ana Paula Karruz*, FGV/SP, *Claudete de Castro Silva Vitte* – UNICAMP, *Paulo de Martinho Jannuzzi*, Ence/IBGE e *Ruben Cesar Keinert* - FGV/SP e UMSP, são os outros pesquisadores que participam deste projeto.

---

[4] Equipe Estratégica, Equipe Executiva Intersetorial, Equipe Executiva Central e Equipe de Pesquisa formadas pelos pesquisadores e pessoal da PMSA.

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL NO III MILÊNIO

Anna Volochko

> Morte materna é a que ocorre durante gestação, parto e até 42 dias após seu término, independentemente da duração ou localização, por qualquer causa relacionada ou por ela agravada, ou medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais.
>
> *OMS - 1994*

A mortalidade materna é um indicador da qualidade dos serviços de saúde em geral, dos obstétricos em particular (Volochko, 1992), e tem sido cada vez mais usada como indicador do grau de desenvolvimento de um país ou área (Laurenti, Mello-Jorge; Gotlieb, 2000) e da situação social da mulher.

É difícil mensurar a mortalidade materna por causa da *subenumeração* e do *sub-registro* de óbitos[1].

A subenumeração decorre da imprecisão do atestado de óbito preenchido pelo médico com relação à sua causa, da omissão do estado gravídico ou puerperal em mortes ocorridas em unidades não obstétricas e do ocultamento da causa real por possível associação a negligência, imperícia ou ato ilegal (aborto) (Volochko, 1992). O sub-registro decorre da não-notificação do óbito ao cartório.

Mesmo em países com coleta contínua de dados de nascimentos e óbitos, a mortalidade materna oficial é subestimada por classificação incorreta da causa básica (Atrash; Alexander; Berg, 1995). Apesar da alta cobertura e qualidade dos registros de óbitos e nascidos vivos, e das baixas cifras de óbito materno, tem sido proposto o uso de um fator de correção que varia de 1,4 (Holanda e

---

[1] Se o trabalho de construção de indicadores que reflitam um dado evento de saúde, em tempo e local específicos, não é uma tarefa simples, como vimos no artigo anterior, a utilização de indicadores tradicionais também pode ter suas limitações (nota dos editores).

Grã-Bretanha) a 2 (França).

Na década de oitenta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou o óbito materno a principal causa da morte de mulheres em idade fértil e sugeriu que este evento tivesse prioridade nas estratégias de "Saúde Para Todos no ano 2000". A Iniciativa da Maternidade Segura visava reduzir pela metade o coeficiente da morte materna em cada país até o ano 2000.

Todavia, devido às dificuldades de mensuração da mortalidade materna, em 1990 a OMS propôs um método para estimar a sua magnitude, que considera a existência e qualidade do sistema de registro, criando cinco possibilidades distintas. Por exemplo, em países desenvolvidos, com sistema de registro e estatísticas vitais completo e atribuição de causa relativamente boa, a mortalidade materna oficial é corrigida pelo fator 1,5 ou por valor apontado em estudos específicos. Em países em desenvolvimento com bom sistema de registro de óbitos, mas sem atribuição adequada da causa, estimam número de mortes maternas pela proporção de mortes maternas/ mortes femininas na idade reprodutiva aplicada ao total de óbitos femininos em idade fértil registrados.

Outra proposta da OMS é quantificar a mortalidade materna através da triangulação de vários métodos de inquérito populacional, tais como:

1.Inquéritos domiciliares diretos – pouco utilizados, pois, sendo a mortalidade materna um evento raro, requer grande número de entrevistas para obter algum resultado. Assim, além de impreciso, é caro, longo e só pode ser usado para acompanhar evolução secular.

2.Método das Irmãs Indireto – Questionário aplicado a homens e mulheres com 15 anos ou mais, perguntando o número de irmãs vivas e mortas com 15 anos completos e quantas morreram grávidas, durante o parto ou até 6 semanas depois (Graham, Brass; Snow, 1989). Requer amostra menor que o anterior mas subestima a mortalidade materna. Não é adequado se a fertilidade total for menor que 3, se houver migração importante ou em áreas conturbadas política ou socialmente.

3.Método das Irmãs Direto – Inquéritos demográfico-sanitários

---

[2] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

como a PNAD[2] que usam variantes do método indireto com menos pressupostos que o original e amostras maiores. O trabalho é mais complexo, mas permite estimativa mais recente da mortalidade materna. Não se presta para avaliar mudanças a curto prazo ou impacto de programas.

4.Estudos de Mortalidade na Idade Reprodutiva (RAMOS) – Usado em países com bom registro para avaliar subenumeração. Verifica todos os óbitos femininos. Em países sem registro, requer identificação das mortes femininas através de múltiplas fontes, entrevista domiciliar e com provedores de saúde e análise de prontuários para atribuição da causa.

5.Autópsia verbal – Usada onde não há assistência médica nem atestado de óbito. Seu grau de fidedignidade não foi estabelecido, mas acredita-se que não identifique mortes maternas no início da gestação, tardias e por causas indiretas.

6.Censo – Importante para obter dados sobre mortes maternas referentes a um ou dois anos anteriores, complementado por questões que permitam autópsia verbal. Possibilita a obtenção de dados nacionais, regionais ou locais, análise por características do domicílio, e análise de tendência, ao reduzir ou eliminar erros de amostragem.

7.Estatística vital – Apesar dos métodos acima para estimar mortalidade materna, o ideal é ampliar a cobertura das estatísticas vitais e melhorar a qualidade das declarações de óbito.

A mortalidade materna no Brasil

No Brasil o Coeficiente de Morte Materna é calculado de forma direta, a partir dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). No entanto, é preciso levar-se em conta a cobertura dos dados de cada um destes sistemas, e a sua variação regional. Em 2000, o SIM atingiu uma cobertura de 82%, oscilando entre 61% no Nordeste e 95% no Sul e Sudeste. Para o SINASC a cobertura em 2000 foi 93%, com uma variação de 80% no Nordeste a 103% na região Sul.

Em 1987 o Ministério da Saúde propôs a correção do CMM estimando os óbitos a partir da proporção de subenumeração e sub-registro regional (Becker e Lechtig, 1987). Em 1988, o CMM estimado do país foi 150/100.000 nv; 337,7 no Norte; 228,5 no Nordeste; 83,2 no

Sudeste; 92,3 no Sul e 157,2 no Centro-Oeste (Siqueira *et al.*, 1984).

Estudos de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva na cidade de São Paulo, contudo, mostraram subenumeração que variou de 2,1 (Siqueira *et al.*, 1999; Volochko, 1992) a 2,24 (Laurenti *et al.*, 1990) vezes maior que os dados oficiais, chegando a quase 100/ 100.000nv. Com base nesses estudos, o Ministério da Saúde propôs que se aplicasse, na estimativa da mortalidade materna, fator de correção diferenciado de 2,04 para o Sul, 2,24 para o Sudeste e 3 nas demais regiões (Brasil, 1995), após a correção do sub-registro e a proporção de causas mal-definidas.

Dada a magnitude do sub-registro de óbitos e da proporção de causas mal-definidas, o Ministério da Saúde publica com cautela os dados de mortalidade materna, exibindo o CMM em estados com boa cobertura de óbitos e de nascidos vivos. É assumido também que apesar da pequena variação do coeficiente em alguns estados, nada se pode afirmar sobre tendência analisando anos contíguos, especialmente em eventos raros como a mortalidade materna, em que a variação de pequenos números aparece potencializada no coeficiente. Mesmo assim é preciso interpretar a potencial inclinação da curva ao aumento como reflexo de maior fidedignidade das informações.

O **Quadro 1** ilustra a evolução da mortalidade materna no Brasil e a dificuldade de sua interpretação. Os CMM declinaram de 1980 a 1993 em todos as regiões. De 1996 a 1998 há uma tendência ascendente no país, exceto no Nordeste. Observa-se que o CMM de regiões menos favorecidas (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) tem valores menores que os de regiões mais ricas (Sudeste e Sul), talvez pela precariedade dos registros.

Quadro 1 Evolução da mortalidade materna oficial, para o país e

Região / Estado	1980	1993	1996	1997	1998
Brasil	66,08	48,29	51,89	61,24	64,85
Norte	116,17	47,00	47,45	53,10	57,07
Nordeste	54,22	39,61	57,98	55,17	56,15
Sudeste	61,8	48,62	52,37	64,67	70,08
Sul	57,00	54,92	52,83	71,51	76,25
Centro-Oeste	58,19	41,00	32,53	53,32	54,85

Fonte: CENEPI/FUNASA - SIM/SINASC. www.datasus.gov.br

regiões 1980-98

Conclusões

É desnecessário relembrar a possibilidade de evitar a morte materna através de intervenções de caráter internacional como a Iniciativa da Maternidade sem Riscos (OMS) e a instituição do Dia Internacional de Ação contra Mortalidade Materna pelas Rede Global de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos e Rede de Saúde das Mulheres da América Latina e Caribe.

No plano nacional, desde a década de 90, várias iniciativas têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde visando a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, como a Política Pública de Humanização do Parto e Nascimento e a Regionalização da Assistência ao Parto.

No entanto, para que a Política Pública de Humanização tenha êxito, é necessário um maior comprometimento dos médicos, particularmente obstetras, de modo a garantir que essa política se expresse nos serviços de pré-natal e parto por meio de ações e posturas construídas e pactuadas pela ação comunicativa de gerentes, provedores de saúde e clientes.

Referências bibliográficas

ATRASH H; ALEXANDER S; BERG C (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology*, New York, v.86, p.700-5.

BECKER RA; LECHTIG A (1987). *Brasil:* aspectos da mortalidade infantil, pré-escolar e materna. Brasília, INAM, UNICEF (mimeo).

BRASIL Ministério da Saúde. *DATASUS*: Informações de saúde; Indicadores de saúde; Indicadores de cobertura; Mortalidade. Brasília, 2001. www.datasus. gov.br.

BRASIL Ministério da Saúde/ FUNASA/CENEPI. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* - SINASC. MS/ FUNASA/ CENEPI. Sistema de Informações de Mortalidade – SIM. IBGE/ Estimativas demográficas.

QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA A NASCIMENTOS E PARTOS

Daphne Rattner

Entendendo o contexto

Há muitas maneiras de se conceituar qualidade de assistência. Brook *e* Williams (1975), por exemplo, a definiram como: Q = T + A + (T) (A) + å

Sendo Q = qualidade da assistência à saúde;
T = componente técnico da assistência;
A = a arte do cuidado; e
å = um fator de erro aleatório.

Durante o século XX, um entusiasmo geral com as possibilidades do desenvolvimento industrial influenciou todos os setores de atividade humana. No setor Saúde, o componente técnico da equação acima foi privilegiado com relação ao componente da arte do cuidado, e a racionalidade industrial foi aplicada ao entendimento dos muitos aspectos do cuidado. Por exemplo, um livro-texto de Administração em Saúde Pública (Hanlon; Picket, 1984) analisava o valor econômico da vida propondo:

> "Como uma analogia, o corpo humano pode ser considerado semelhante a uma máquina. Seu funcionamento adequado depende de vários componentes físicos e bioquímicos. Ele pode ser comparado com uma máquina de combustão interna com membros em lugar de pistões e o sistema endócrino atuando como carburador. Fica super-imposta a função supervisora da mente humana. Similarmente, o corpo humano pode ser encarado como uma unidade humana cuja existência tem propósitos produtivos, potenciais e mensuráveis".[1]

---

[1] Tradução da autora.

De acordo com Braga e Paula (1986), esta abordagem industrial, em relação à assistência à saúde, também contribuiu para o desenvolvimento dos hospitais como locais privilegiados para a provisão de serviços de saúde. Estas instituições eram as que podiam centralizar o equipamento crescentemente sofisticado e caro, assim como os técnicos habilitados para sua utilização, além dos médicos, cada vez mais especializados e sub-especializados. A assistência podia ser organizada de forma a assemelhar-se a uma linha de produção, e tanto é assim que nos Estados Unidos atualmente é chamada indústria de assistência médica ('*Health Services Industry*'). Os usuários são considerados matéria-prima e a assistência provida tornou-se cada vez mais impessoal, perdendo seu componente humano.

A assistência a nascimentos, ainda que "*dar à luz não seja uma doença ou processo patológico*" (Wagner, 1982), também seguiu esse padrão, e algumas maternidades que agendam cesarianas como se fosse uma linha de produção de nascimentos, por conveniência dos profissionais e das instituições, ostentando taxas de 70%, 80 % ou mesmo 100 %, são bons exemplos dessa leitura.

Críticas a esta abordagem e às suas conseqüentes práticas apareceram, como o livro '*Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology*' em que Marsden Wagner (1994) descreve as iniciativas da OMS de criar consenso em torno de políticas de assistência perinatal: pré-natal, assistência ao parto e pós-parto. A base de dados Cochrane e o livro de Enkin *et al* (2000) são revisões da literatura sobre práticas baseadas em evidências científicas que também foram endossadas pela OMS.

Em vários países surgiram iniciativas para reverter esta tendência e devolver o nascimento a um ambiente amistoso e familiar, assim como reduzir o grau de intervenções desnecessárias neste processo natural. Nos Estados Unidos existe a CIMS – '*Coalition for Improving Maternity Services*' - e aqui no Brasil surgiu, em 1993, a ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Ainda assim, é possível prever uma longa jornada até que cada nascimento seja adequadamente atendido, no local apropriado para seu grau de risco e por profissionais que oferecem suporte emocional, entendem o processo gestacional e de parto como fisiológicos e estão conscientes dos riscos de intervir demasiado. Tal cenário prevalece no Japão, na

Holanda e em alguns outros países europeus. Entrementes, a maior parte dos nascimentos continuará acontecendo em hospitais e devem ser feitos todos os esforços para compreender o papel de uma assistência de qualidade, assim como o impacto de sua ausência nas mortalidades materna e perinatal evitáveis.

Estabelecendo linhas de atuação

Ainda sem ter clareza da extensão nacional e internacional desta problemática e de seu impacto na realidade brasileira, mas já alarmadas com as altíssimas taxas de cesáreas e outras indicações da má qualidade de assistência no Estado de São Paulo, em 1995, um grupo de profissionais se reuniu no Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, para constituir o GENP – Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto [2].

Inicialmente voltado para a difusão de informação científica, o GENP iniciou suas atividades com a produção do boletim semestral *'Notas sobre Nascimento e Parto'*: a cada número era selecionada uma recomendação da OMS (1985) referente às tecnologias apropriadas para assistência a nascimentos, e eram resumidos alguns artigos cuja evidência científica amparava a referida recomendação. Este material encontra-se disponível no site do IS (*http://www.isaude.sp.gov.br*). Logo de início se propôs a organizar eventos científicos, também com o fito de difundir informação: foram realizados em 1996, o 1º. Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, cujo tema foi *'O resgate da qualidade na assistência ao Nascimento e Parto'*; em 1997, o *'workshop' 'Humanizando Nascimentos e Partos'* e em 1999, o 2º. Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, com tema *'A vitrine da Humanização em São Paulo'*.

---

[2] Em diferentes épocas e com diferentes graus de participação, contribuíram com o GENP: Adriana Nogueira de Novaes, Aline Viana Paz, Anna Volochko, Cláudia Maria Desgualdo, Cláudia Sampaio, Daphne Rattner (coordenadora), Deise Alves Gonçalves, Josiane Dias Ribeiro Fenerich, Maria Cecília Dias de Miranda, Maria Cezira Nogueira Martins, Marinês Martins Miranda, Sandra Dircinha T. Araújo, Siomara Roberta de Siqueira, Sonia Isoyama Venancio, Sonia Nussenzweig Hotimsky, e Tereza Setsuko Toma.

Por sermos um grupo de estudos, também nos dedicamos à investigação, tendo conseguido financiamento da OPAS, do UNICEF e da FAPESP. A partir das pesquisas realizadas pelas integrantes do GENP foram elaboradas algumas teses de mestrado e doutorado e várias publicações, assim como materiais educativos para profissionais de saúde e para o público em geral. Os integrantes do GENP atenderam a convites para palestras e conferências em eventos científicos e para prestar consultoria técnica a projetos de pesquisa de grupos de universidades e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; implantação da primeira casa de partos pública do estado de São Paulo, pelo Programa Qualis II, em Sapopemba; o planejamento estratégico da campanha '*Natural é Parto Normal*' do Conselho Federal de Medicina; e elaboração de currículo para formação de obstetrizes dentro dessa nova filosofia.

Participamos da discussão do projeto de avaliação de serviços denominado 'Maternidade Segura', elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com FEBRASGO, OPAS e UNICEF. A crítica elaborada pelo GENP foi apresentada em reunião do Conselho Nacional de Saúde, seção Saúde da Mulher, e serviu de base para uma reunião preliminar no Ministério para discussão de sua readequação.

Uma das questões mais freqüentes nas discussões do GENP é como influenciar as políticas de saúde para garantir maior qualidade e humanização na assistência a partos e nascimentos. Logo de início, em 1995, o GENP enviou à Coordenação de Saúde da Mulher da SES-SP uma proposta de organização de programa de incentivo à qualidade em hospitais. Evidenciando sua sensibilidade ao tema e preocupação com o acesso e qualidade na assistência, a coordenação constituiu um grupo de trabalho que aprimorou a proposta original, adotada e executada na seqüência e por alguns anos.

Constituindo parcerias

Todavia, há uma limitação na capacidade das cientistas e pesquisadoras de influenciar as políticas públicas, e há que reconhecer que, geralmente, os governos as instituem em resposta às demandas da sociedade civil. Em parceria íntima com a ReHuNa, cujo objetivo primordial é influenciar políticas públicas voltadas para uma prática

mais respeitosa e humanizada na assistência a partos e nascimentos, em vista dos descalabros que foram sendo constatados à medida em que a mídia foi concedendo mais espaço para este tipo de assunto (e tão íntima foi a parceria que atualmente uma integrante do GENP faz parte de sua coordenação nacional e outra é da coordenação regional do Estado de São Paulo), organizaram-se abaixo-assinados e moções em vários eventos científicos para que fossem encaminhados ao Ministério da Saúde; em parte como ReHuNa, duas componentes do GENP fizeram parte da comissão organizadora da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em novembro de 2000 em Fortaleza, Ceará, em exitosa parceria com a Agência Japonesa de Cooperação Internacional – JICA e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Essa Conferência foi um marco nacional e internacional, em vista de seu conteúdo e pelo fato de a ela terem acorrido mais de 1800 pessoas de 26 países, e contribuiu decisivamente para influenciar as práticas de muitos profissionais e serviços municipais de saúde.

Reconhecendo o valor do suporte emocional durante o trabalho de parto e durante o parto, em 1999 a parceria GENP – ReHuNa definiu a presença do acompanhante de escolha da parturiente como uma das prioridades de atuação ativista. Foram estabelecidas outras parcerias para a realização de uma campanha nesse sentido, com ABENFO, Escola de Enfermagem da USP, Faculdade de Saúde Pública da USP, movimentos populares de saúde, organizações de mulheres e gabinete do deputado estadual Roberto Gouveia, cuja lei de direitos de pacientes contempla o direito ao acompanhante. A campanha tem se prolongado, uma vez que sua repercussão ainda não foi suficiente para que esta simples mudança de prática de assistência, que tem baixo custo e alta efetividade no bem-estar de parturientes, seus bebês e na família, fosse largamente adotada.

Muitas mudanças ainda são necessárias e, felizmente, em vista da grande sensibilidade, coragem e capacidade de articulação da equipe que atualmente ocupa a coordenação de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde, assim como a coerência, firmeza e intrepidez dos integrantes da ReHuNa, nos vários pontos do território nacional, o processo está se acelerando. É essencial a adoção de práticas respeitosas, humanizadas e tecnicamente coerentes com o

recomendado pela literatura científica por parte dos profissionais prestadores de assistência aos milhões de partos e nascimentos que ocorrem em todo o nosso território. Nossa contribuição como cientistas e cidadãs, acima relatada, é apenas uma das vertentes de atuação possível – mas é o que pudemos oferecer e o fizemos da melhor maneira. Somos gratas a todos nossos parceiros e colaboradores, assim como à mídia que nos abriu seus espaços, aos integrantes da sociedade civil com práticas que fortalecem a cidadania, e esperamos que este movimento de mudança continue....

Referências bibliográficas

BRAGA; PAULA (1986). *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social.* 2a. Ed. São Paulo: Hucitec.

BROOK RH; WILLIAMS KN(1975). Quality of health care for the disadvantaged. *J Community Health.* v.1, p. 132-156.

ENKIN M; KEIRSE MJNC; NEILSON J et al(2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3ed.) Oxford, Oxford University Press.

HANLON JJ; PICKET GE (1984). *Public Health. Administration and Practice.* St. Louis, MI: Times Mirror / Mosby College Publishing.

WAGNER MG (1982). Getting the health out of people's daily lives. *Lancet,* n. 8309, p. 1207-1208.

WAGNER M (1994). *Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology.* Camperdown, ACE Graphics.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985). Appropriate Technology for Births. *Lancet,* v.2, p. 436-437.

OFICINAS DE HUMANIZAÇÃO

Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

Oficina de Humanização é uma forma de trabalho com profissionais de saúde desenvolvida como parte da linha de pesquisa "Humanização da Assistência", do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde do Instituto de Saúde.

A atividade está inserida no contexto das medidas de Humanização da Assistência que vêm sendo propostas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em função do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde como estratégia de redução dos problemas decorrentes da pouca atenção dada aos aspectos subjetivos da atividade assistencial nos hospitais (Brasil. Ministério da Saúde, 2001).

O PNHAH propõe um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados pelos hospitais públicos brasileiros, através do aprimoramento das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Uma das diretrizes do Programa é o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a aperfeiçoá-los para o atendimento ao usuário. É nesse campo que se insere, como complemento ao PNHAH e atividade especial no âmbito da SES-SP, o projeto de Oficinas de Humanização.

A Atividade Assistencial

Para abordar a complexa condição do profissional de saúde é necessário levar em conta que:

- o cliente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo;
- a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do cliente;
- na instituição interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido. (Nogueira-Martins, 2001).

A atividade assistencial é para os profissionais fonte de gratificação e de estresse. São fatores gratificantes: diagnosticar e tratar corretamente, curar, prevenir, ensinar, aconselhar, educar; sentir-se competente; receber reconhecimento. São fatores estressantes: o contato freqüente com dor e sofrimento; lidar com as expectativas dos pacientes e familiares; atender pacientes "difíceis" - não aderentes ao tratamento, hostis, agressivos, depressivos, auto-destrutivos.

O processo adaptativo frente aos fatores estressantes inerentes à prática pode tomar diferentes caminhos. O resultado final da exposição à radiação psicológica estressante depende do indivíduo e de seus mecanismos e recursos subjetivos. Poderá haver tanto uma adaptação adequada quanto inadequada, cujas manifestações podem ser:

- Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse;
- Realização de atendimentos rápidos, com rotulagem depreciativa aos clientes e fuga do contato visual;
- Construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por uma aparente "frieza" no contato com os pacientes;
- Simbiose com os pacientes, na qual o profissional, para não entrar em contato com angústias próprias, coloca-se como necessário e insubstituível;
- Negação das limitações pessoais e profissionais, com desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis. (Nogueira-Martins e Nogueira-Martins, 1998).

Portanto, a relação profissional-paciente com características iatropatogênicas pode acontecer tanto pela insegurança do profissional como por suas atitudes hostis, desencadeadas pelo estado e emoções do paciente ou mesmo pela sua insatisfação com o trabalho.

É fundamental que o profissional incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. Isso não significa que tenha que se transformar em psicólogo ou psicoterapeuta, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, utilize e desenvolva a sensibilidade, para conhecer a realidade do cliente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua aceitação e compreensão da doença (Nogueira-Martins, 2002).

As medidas psicoprofiláticas

Diversos recursos têm sido propostos para prevenir as conseqüências da insalubridade psicológica do trabalho em saúde. É importante enfatizar que a implantação de medidas profiláticas deve começar por uma medida básica: a inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante.

O trabalho específico com a subjetividade dos profissionais de Saúde teve início com os Grupos Balint, em 1945. Michael Balint, psicanalista de origem húngara, elaborou sua proposta a partir de pesquisas com grupos de assistentes sociais que atendiam famílias na Clínica Tavistock, em Londres. Esta atividade foi posteriormente estendida aos médicos, visando compreender e administrar dificuldades que os profissionais encontravam em sua tarefa clínica. O objetivo dos Grupos Balint é fazer com que os profissionais tenham uma compreensão nova a respeito de seus clientes e ampliar suas possibilidades terapêuticas (Missenard, 1994).

No Brasil, inspirados nos Grupos Balint e agregando novas formas de trabalho e de compreensão da atividade assistencial, temos, na última década, as propostas do Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial e o Teatro Pedagógico.

O Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial (Zimerman, 1992) é uma forma de trabalho que pressupõe que as possibilidades de mudanças nas atitudes estão diretamente ligadas à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer do processo de ensino ou de trabalho. As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional, compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor, permitem o reasseguramento da identidade profissional através da detecção e enfrentamento dos conflitos. Com este modelo, se propõe a criação de uma instância reflexiva sobre o cotidiano da prática assistencial, com possibilidade de detecção de entraves e pautas estereotipadas de conduta no exercício profissional.

O Teatro Pedagógico baseia-se na teoria psicodramática, com ênfase nos métodos de sociodrama, *role-playing*[1], teatro espontâneo

---

[1] *Role-playing* é o ensino vivenciado, com o objetivo de treinar e desenvolver papéis.

e jogos dramáticos. Esta forma de ensino vivencial permite que sejam ensaiadas maneiras distintas de atuação, apresentando a vantagem de evitar que sejam fornecidos modelos prontos.

A Oficina de Humanização se inspira nas formas de trabalho anteriormente citadas, não equivalendo a nenhuma delas; constitui nova forma de trabalho, que busca unir recursos de duas abordagens em Psicologia, a psicanalítica e a psicodramática, tendo como objetivos:

- ampliar a visão do profissional de Saúde no que diz respeito à atenção integral do paciente, com inclusão de sua subjetividade;
- discutir a noção de Humanização e seus princípios básicos;
- propiciar a vivência de situações práticas da assistência em um contexto grupal protegido;
- criar continência grupal - ambiente acolhedor - que favoreça trocas profissionais e interpessoais e facilite o enfrentamento de conflitos;
- facilitar o compartilhar de experiências entre os participantes;
- discutir diferentes formas de abordagem de situações difíceis;
- detectar e modificar pautas estereotipadas de atitudes profissionais;
- constituir matriz de identidade para atenção humanizada, cuidando do cuidador.

A metodologia de trabalho engloba discussões de textos que versam sobre o tema da Humanização da Assistência e assuntos específicos pertinentes à constituição de cada grupo; dramatizações sobre as situações assistenciais vividas; *role-playing* do papel profissional, sociodrama, jogos dramáticos, exposições dialogadas coordenadas pelos participantes, no caso de terem experiência acumulada em um tema ou técnica específica, pertinente aos objetivos do grupo. É relevante, em algumas situações, a explicitação do processo grupal (Nogueira-Martins, 2000).

Os encontros, geralmente 6, com 4 horas de duração cada, são realizados em sala grande, com cadeiras móveis, que permitem várias conformações espaciais. Os participantes, em número variando entre 12 e 20, têm sido: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores em saúde, recepcionistas, telefonistas, atendentes de enfermagem, porteiros, pessoal administrativo. A constituição grupal pode ser: homogênea por

categoria, multiprofissional/uni-institucional, multiprofissional/multi-institucional.

A experiência tem sido avaliada por meio de depoimentos dos participantes, realizados ao final de cada processo e submetidos a procedimentos próprios da abordagem qualitativa de pesquisa (Nogueira-Martins, 2001). Alguns exemplos de depoimentos são:

"É bom a gente falar, porque recarrega a bateria".

"Pelas experiências contadas por outras pessoas, vi que não sou só eu que tenho esses problemas no trabalho".

"O que eu mais gostei foi daquele jogo de passear pela sala; descobri muita coisa que não tinha visto".

"... ler o cotidiano com distanciamento..."

"O envolvimento das pessoas foi total; pensei que não fosse dar certo, pois somos muito diferentes quanto à profissão".

Vale ressaltar que o "cuidar do cuidador" é somente uma das facetas da humanização da assistência. São também importantes: contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços e recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais (educação continuada); melhoria de condições de trabalho; melhoria da imagem do serviço público de saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2001).

Referências bibliográficas

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde.

MISSENARD A (org) (1994). *A experiência Balint: história e atualidade*. São Paulo, Casa do Psicológo.

NOGUEIRA-MARTINS LA; NOGUEIRA-MARTINS MCF (1998). O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente. *Rev. Bras. Clin. Terap*. v.24, n.2, p. 59-64.

NOGUEIRA0MARTINS LA (2002). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. IN: BOTEGA NJ (org) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre, ArtMed Editora.

NOGUEIRA-MARTINS MCF (2000). O trabalho com os grupos. In: ESCUDER MML; NOGUEIRA-MARTINS MCF; VENÂNCIO SI; BÓGUS CM (orgs) - *Aprimoramento em Saúde Coletiva: reflexões*. São Paulo, Instituto de Saúde.

NOGUEIRA-MARTINS MCF (2001). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde*. São Paulko, Casa do Psicólogo.

ZIMERMAN DE (1992). A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas.

EXCLUSÃO SOCIAL EM NOSSOS ROTEIROS DE VIDA: A FELICIDADE DESCREDENCIADA

Monique Borba Cerqueira

Afirmar a complexidade da noção de exclusão social e ao mesmo tempo propor sua desmistificação, nos permite aprofundar o diálogo entre os impasses do universo social brasileiro e o campo da saúde coletiva.

O caminho aqui proposto para pensar a exclusão social parte de um princípio muito simples: se, por um lado, ela nada explica, por outro lado, qualifica uma série de fenômenos de extrema relevância na realidade social contemporânea.

Muito já se falou sobre as impropriedades do uso inadvertido da expressão exclusão social cujo sentido atual já não diz respeito somente à incapacidade dos seres humanos diante da pluralidade e diferença. As Ciências Sociais disparam as críticas mais consistentes, apontando para a limitação teórica do termo e ambigüidades de conteúdo (Castel,1998; Martins,1997; Demo,1998). No entanto, para além do espaço polêmico que inaugura, importa aqui compreender seu alcance político. Nos interessa seguir a pista de uma constatação: o termo exclusão social tem se tornado categoria-chave em praticamente todas as ciências humanas (Ferraro,1999, p.300). E por que isso acontece? Muito provavelmente porque o mundo está imerso numa "*crise epocal*", configurada a partir do predomínio estrutural dos processos de exclusão sobre os de inclusão social (Santos,1999, p.45).

Este é um modelo novo e perverso para as sociedades de todo o mundo, marcado pela dramática inversão, onde o mercado é que passa a regular o Estado, agora destituído de grande parte do seu poder criador de interações não-mercantis. Direitos sociais e econômicos são desmantelados sob esta engrenagem, restando-nos conviver com a ameaça de privatização de todos os setores da vida e a sensação de esgotamento de um projeto coletivo.

Cá entre nós, a Exclusão

Em tese, não há festa mais inclusiva que o carnaval nem esporte mais popular que o futebol. Alegorias de uma nação feliz, carnaval e futebol expressam a experiência subjetiva de um povo que também oculta e reforça formas de *sociabilidade explosivas* voltadas para aniquilação da alteridade (Bauman, 2001, p.225). Aí está uma poderosa força social capaz de apartar com violência qualquer constrangimento causado pelos indesejados, aprofundando ainda mais a lógica das metamorfoses que tem encapsulado diferentes formas de exclusão. No caso do Brasil, a exclusão não se caracteriza somente pela condição descartável imposta aos excluídos, mas também por certos requintes de crueldade impressos nos mapas de vida desenhados pelo nosso padrão social de impossibilidades. Mais do que desqualificar o ser humano, a nossa dinâmica de exclusão situa a metamorfose num campo de necessidades e abandonos, assinalado quase sempre por estranhos paradoxos[1] que transformam o que seria apenas um menino, num assassino ou bandido; o velho, em trabalhador braçal; o deficiente físico sem pernas, em atleta — talvez, um exímio *skatista*, vendedor de balas a transitar velozmente pelos faróis vermelhos da cidade. A tudo isso se assiste com compaixão, medo ou descaso, o que resulta num jogo de soma zero, expresso na banalização das desigualdades sociais.

Nessa direção, digno de nota é o comportamento recorrente da classe média brasileira que, desconhecendo sua condição simplesmente mediana, pratica a verticalidade das relações sociais própria das camadas altas: "Em vez de olhar para o lado, olha sempre para cima ou para baixo" (DaMatta,2000, p.106).

É *reforçando uma política de vida* que interagimos com o neoconservadorismo, padrão que estrutura e acompanha as políticas neoliberais pautadas no livre mercado, precarização e vulnerabilidade de massa. Neste caso, os caminhos trilhados por uma economia afetiva das relações sociais parecem se aproximar daquilo que DaMatta (2000)

---

[1] Paradoxo é aqui compreendido a partir da seguinte idéia: "O bom senso é a afirmação de que em todas as coisas há um sentido determinável; mas o paradoxo é a afirmação dos dois sentidos ao mesmo tempo" (Deleuze, 1988).

chama de "corrupção doce" — artifício que faz o brasileiro cometer a transgressão ou a injustiça, convencendo ao outro e a si mesmo de que está dentro da ordem. Esta dinâmica resulta não só numa postura conformista com a nossa questão social, mas expressa também o crime coletivo da boa ação "solidária", evidenciado na adesão frenética ao movimento pelo voluntariado ou no entusiasmo de curta duração pelas campanhas beneficentes.

Exclusão e desigualdade: *desafios para Saúde Pública*

Em tempos nebulosos de crise, é preciso pensar a saúde como resgate necessário e urgente em defesa da vida. É neste lugar de resistência que a saúde coletiva aporta como conjunto de práticas que tem por objeto as *necessidades sociais de saúde* e cujo campo científico está "aberto à incorporação de propostas inovadoras" (Paim; Almeida Filho, 2000, p.105).

Mas trata-se de um confronto histórico e sem fim este que sempre ocorreu entre Saúde e exclusão social, especialmente na interface com a pobreza e desigualdade social. Daí a politização da saúde coletiva e sua produção como crítica da realidade social.

A questão é o que fazer quando o desafio torna-se uma "quase" derrota em tempos atuais. Pois a atitude de dizer não ao sofrimento humano, postura que legitima e traduz a saúde como um ideal, depara-se com realidades mais que perversas, cristalizadas na ordem social. Um bom exemplo é aquele que introduz a questão da produção social da violência na cidade de São Paulo. "Os homicídios são hoje o principal problema de saúde pública e a causa de morte que mais tem crescido na cidade de São Paulo"(Drumond Junior, 2002, p. 95). São mais de cem pessoas mortas por semana, 15 homicídios por dia, sendo 12 na periferia (idem, p. 115).

Um problema que não atinge de maneira uniforme todos os grupos sociais, explicitando a relação entre violência e desigualdade que o equipamento público de segurança não reconhece no discurso e na ação. "Destaca-se o ano de 1997, que apresentou uma razão de 58,5 vezes entre o risco de morrer assassinado por residir na Brasilândia, numa comparação com o distrito da Consolação" (Idem, p.103). Os estudos que relacionam mortalidade à cor, na cidade de São Paulo, indicam que pessoas de cor "parda e preta" são as mais

atingidas pelos homicídios. Tais informações traçam o perfil da vítima dos homicídios em São Paulo "como um homem, adulto jovem, de baixa instrução, com ocupação nos setores industrial, de serviços ou de baixa qualificação, negro ou pardo(...)"(Idem, p.101).

A periferia tornou-se o espaço desonrado, lugar de viver dos milhões de perdedores sociais confinados a um mundo, onde a atuação da política de segurança urbana, quando ocorre, mascara e aprofunda as diferenças.

Em tempos de barbárie, o capitalismo parece não ter mais regras, nem sequer aquelas que ele próprio coloca.

Estamos diante de um novo critério geral de sociabilidade, evidenciado pela divisão entre *zonas civilizadas e zonas selvagens*[2] por todo o mundo (Santos, 1999, p.52). Enquanto nas zonas civilizadas, mesmo que de forma ineficaz ou pouco confiável, o Estado atua de forma democrática, protegendo os cidadãos, nas zonas selvagens, "o Estado age fascisticamente, como Estado predador(...)" (Santos, 1999, p.52).

Os alarmantes níveis de violência na cidade de São Paulo passam a ser um enorme desafio para a saúde pública que "tem acumulado fracassos sucessivos nos seus objetos mais complexos"(Drumond Júnior, 2002, p. 96). As múltiplas determinações que envolvem a violência, com forte acento nas condições econômicas e sociais impostas à população, definem um círculo vicioso onde exclusão social, violência e morte imperam soberanos diante da ausência de programas preventivos, inexistência de atuação conjunta com as políticas públicas e falta de interlocução com os setores mais atingidos da sociedade.

Exclusão X Felicidade

Diante de tantos excessos do chamado "capitalismo avançado" e dos riscos de autodestruição absolutamente manifestos, alguns analistas já anunciam o esgotamento do neoliberalismo por sua incapacidade de "civilizar" o capital, corrigindo minimamente as

---

[2] Termos usados por Boaventura de Sousa Santos ao tratar das formas de fascismo societal instaladas no mundo contemporâneo.

desigualdades e injustiças sociais (Wilhem, 2000, p.48).

Certamente, ainda não aportamos numa racionalidade única como gostaria Margareth Thatcher e os adeptos do TINA[3]. Ao contrário, emerge e tem lugar na ciência política um diálogo que articula Política e felicidade, entendidos como elementos indissociáveis e complementares para repensar a realidade social (Pizzolato; Bodei, 2000).

Trata-se, portanto, de compreender a radicalidade crítica apontada pela problemática da exclusão social, o que impõe urgência ao redimensionamento do projeto coletivo, num momento em que a sociedade prioriza demandas sociais altamente especializadas e fragmentárias em todas as esferas da vida.

Mais do que qualquer coisa, pensar a exclusão social nos remete ao resgate de uma questão política de fundo: o debate sobre o que é a felicidade humana e como aumentá-la.

Referências bibliográficas

BAUMAN Z (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

CASTEL R (1998). *As metamorfoses da questão social*. São Paulo, Vozes.

DAMATTA R (2000). Entrevista concedida a José Geraldo Couto. In: *Quatro Autores em busca do Brasil*. Rio de Janeiro, Rocco.

DELEUZE G (1988). *A lógica do sentido*. 2ED. São Paulo, Perspectiva.

DEMO P (1998). *Charme da exclusão social*. Campinas, Autores Associados.

DRUMOND JÚNIOR M (2002). *Vida e Morte em São Paulo*. São Paulo, Brasiliense.

---

[3] Abreviatura da "expressão-argumento" *There Is No Alternative* ou Não Há Alternativa.

FERRARO AR (1999). "Exclusão, trabalho e poder em Marx". *Sociologias*, v.1, n. 1, p.300-325.

MARTINS JdeS (1997). *Exclusão Social e a nova desigualdade*. São Paulo, Paulus.

PAIM JS; ALMEIDA FILHO N (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, Casa da Qualidade.

PIZZOLATO LF; BODEI R (2000). A política e a felicidade. São Paulo, EDUSC.

SANTOS B de S (1999). *A Crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro, Contraponto.

WILHEIM J (2000). In: RAICHELIS RD (Org). *Gestão Social em debate*. São Paulo, Cortez.

DOENÇA E EXCLUSÃO: A UTILIZAÇÃO DO ESPAÇO NO ISOLAMENTO DE PORTADORES DE HANSENÍASE[1]

Yara Nogueira Monteiro

A hanseníase constitui um dos mais antigos problemas de Saúde Pública do Brasil. Ao se analisar os dados internacionais, verifica-se que o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de doentes, perdendo apenas para a Índia. A hanseníase, anteriormente denominada Lepra, é uma doença que incide principalmente em bolsões de pobreza. Entretanto o fato de ser curável há mais de meio século, de possuir terapêutica eficiente, de baixo custo e de fácil administração, não tem encontrado reflexo direto nos dados epidemiológicos. Fatores como: recusa de aceitação do diagnóstico e de tratamento, ocultamento da doença e elevado número de abandono em meio ao processo de tratamento, evidenciam a força da herança milenar de estigmatização, que envolve tanto a doença como seu portador. Também revelam a importância de ampliação de estudos sobre seus aspectos históricos e sobre como estes têm contribuído para conformar as representações da doença até os dias de hoje.

Um rápido retrospecto sobre a história da hanseníase mostra que ela foi introduzida no Brasil durante a colonização, e que o imaginário medieval a respeito da doença e do doente, o pavor, a figura do *leproso*, a idéia da necessidade de banimento se fizeram presentes em todo território nacional, e por muito tempo a segregação foi vista como uma norma a ser seguida. Medidas de exclusão, tomadas ao longo da história, fizeram com que o doente se transformasse numa espécie de pária e que a mendicância se tornasse praticamente a única forma de sobrevivência até o início do século XX.

A partir da década de vinte, o governo do Estado de São Paulo adotou como política profilática o isolamento compulsório de todos

---

[1] Dentre a rica e variada produção do Núcleo de Investigação em Memória e Saúde optamos, nesta coletânea, por incluir este artigo, que ilustra de forma exemplar como uma política de saúde pode ser excludente (nota dos editores)

os doentes, não importando se fossem portadores de formas infectantes ou não. Acreditava-se que através da exclusão total dos portadores da doença, seria possível acabar com a endemia em apenas uma geração. Para que essa política se efetivasse foi necessário criar uma rede asilar capaz de abrigar todos os infectados, o que implicava em altos custos financeiros além da adoção de medidas legais que possibilitassem a criação de um regime de exceção. Para tanto foram construídos quatro asilos- colônias e um sanatório: Santo Angelo; Pirapitingui, Cocais, Aimorés e Padre Bento, localizados em diferentes pontos do Estado. Todos tinham características semelhantes, tais como ser construídos em grandes propriedades rurais distantes dos centros urbanos.

O fenômeno da internação em massa fez surgir uma série de problemas, dentre eles os das crianças sadias que ficavam ao abandono por ocasião do internamento de um genitor ou de ambos. Para estas foram criadas instituições especiais, os Preventórios, que acabaram por apresentar as mesmas características dos asilos citados.

A política profilática paulista resultou num modelo que influenciou os demais Estados do país. As equipes técnicas e as pesquisas realizadas pelo Departamento de Profilaxia da Lepra - DPL eram consideradas como de excelência e São Paulo passou a ser ponto de referência, em especial, para hansenólogos latino-americanos.

Em nossas pesquisas pudemos verificar que esse "Modelo Paulista" deu origem a um verdadeiro mundo paralelo de alta complexidade, capaz de conter e controlar uma massa heterogênea constituída por milhares de pessoas. Dentro dele havia diversidade de faixa etária, sexo, estratificação social e outras. Para exercer o domínio, os asilos reproduziam a sociedade que os circundavam, criando normas internas e formas de gerenciamento que possibilitassem a vigilância, definissem papéis, atribuições, penalidades, etc.

A análise de documentação variada tais como prontuários, jornais, fotografias, normas e regulamentos e plantas arquitetônicas tornou possível a reconstituição da concepção de mundo que foi erguido por trás dos muros do isolamento. [2]

---

[2] O Arquivo Médico de Hanseníase do Estado de São Paulo, criado em 1925 funcionou ininterruptamente até 1982, e contem cerca de 100.000 prontuários de portadores de hanseníase.

Ao examinarmos a questão da hanseníase verificamos que apesar de todo o custo social e financeiro decorrentes da política de isolamento compulsório, a doença continuou crescente e o estigma continua existindo.

Profilaxia e Exclusão

Os quatro asilos e o sanatório construídos nos anos 30 representaram, na verdade, o que Goffman denomina de "instituições totais", cuja característica repousa no "fechamento", simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída. (Goffman, 1974, p. 16-17)

Para a viabilização da política de internação compulsória foi necessária a criação de um verdadeiro mundo à parte. As principais justificativas apresentadas para esse projeto eram a epidemiológica e a social. A primeira afirmava que a presença do doente no meio social significava perigo de contágio e que portanto ele deveria ser compulsóriamente excluído; a segunda pleiteava que, devido ao estigma que envolvia a doença e a marginalidade a que era relegado o doente, este se sentiria melhor vivendo entre seus iguais, posto que ali seria assistido e viveria num mundo sem "discriminações". Esse projeto encontrava apoio na sociedade da época.

Uma arquitetura de controle

O Estado de São Paulo, quando da construção de seus asilos-colonia, estabeleceu uma espécie de padrão que acabaria por influenciar todo o país.

O grupo de pessoas internadas era extremamente heterogêneo, isto porque a hanseníase atingia pessoas de todos os segmentos sociais, com maior incidência nos menos favorecidos. Assim, o projeto teria que prever estratégias que viabilizassem a convivência, num mesmo espaço geográfico, de pessoas inteiramente diferentes.

O projeto inicial previa a construção de asilos regionais, cada qual com capacidade para cerca de 700 internos, que deveriam se transformar em unidades produtoras, tendendo à auto-suficiência. Essa etapa gerou uma série de problemas uma vez que a perspectiva de ter um "leprosário" nas proximidades costumava gerar protestos

por parte dos moradores e proprietários da região escolhida, e estes por sua vez pressionavam os poderes públicos para a não aceitação do projeto ou sua transferência para o município vizinho.

Na implantação do Sanatório Padre Bento, por exemplo, ao ser veiculada a notícia da compra pelo Estado de uma propriedade na região de Guarulhos para instalar doentes de "lepra", a população daquele município realizou uma série de protestos, chegando mesmo a enviar uma representação formal ao então interventor do Estado solicitando a anulação da medida (O Estado de São Paulo, 17/06/1931)

Para viabilizar a construção dos asilos-colônia, o Serviço Sanitário teve que manter entendimentos com as prefeituras do interior do Estado, surgindo então a chamada "Comissão das Municipalidades". Esta atuou especialmente no período de 1927 a 1932. A escolha da localização para cada unidade levou em consideração o índice epidemiológico da região e a escolha do terreno levou em conta fatores como salubridade, provimento de água e distância das áreas urbanas.

Ao analisar-se cada uma das cinco unidades da rede asilar, verifica-se que apesar de seguirem trajetórias diferentes, tiveram como estratégia comum manter a qualquer custo o isolamento[3]. Acreditava-se que, a partir do momento em que o isolamento fosse implantado, conseguir-se-iam as verbas necessárias para a conclusão dos projetos e para a implementação de tudo aquilo que o D.P.L. achasse necessário, o que de fato ocorreu.

O projeto dos asilos-colônia previa uma rígida divisão espacial. Desta forma, cada unidade teria três zonas distintas: a sã, a intermediária e a doente, também denominadas zonas limpa, neutra e de contágio, cada uma delas com suas características e funções claramente definidas. A ZONA SÃ abrigava a portaria, a subestação de energia, os reservatórios de água, as residências do pessoal administrativo, o almoxarifado, a garagem, a administração, direção e os serviços necessários para seu próprio funcionamento.

A ZONA DOENTE englobava o asilo propriamente dito, e nela estavam instalados o Hospital, o Pavilhão de Clínicas, os Carvilles (que eram dormitórios coletivos), casas para os doentes, o Manicômio,

---

[3] Sobre a trajetória e características de cada um dos locais de isolamento ver Y. N. MONTEIRO, 1995.

a Cadeia, o Cassino e a Igreja. Essa zona se localizava sempre distante da zona sã. Entre as zonas sã e doente ficava a ZONA INTERMEDIÁRIA que, como o nome já diz, constituía uma faixa de transição. Esta abrigava o pavilhão de economia geral, o posto de fiscalização de visitas e o parlatório, local onde os internos, separados por cerca ou muro, recebiam visitas.

A separação entre as zonas DOENTE e SÃ era claramente demarcada, havendo inclusive uma cancela com portaria. Apenas algumas pessoas eram autorizadas a cruzar a demarcação, e raros eram os casos em que um doente recebia autorização para ultrapassar esses limites.

Em decorrência da estrutura implantada e da rígida separação entre as zonas, havia funções e serviços específicos, alguns deles necessários nas duas áreas. Desta forma, dentro de cada unidade asilar havia duplicidade de serviços, uns para o atendimento das pessoa sadias, outros para o das "doentes".

Quanto à organização do Serviço Clínico, o Departamento de Profilaxia da Lepra estabelecia uma divisão em dois quadros, um são e outro doente, ambos gerenciados pelo diretor. Cabe ressaltar que até 1967 todo o serviço de enfermagem era realizado somente por doentes que recebiam (ou não) treinamento para exercer suas funções.

Cada asilo era uma verdadeira cidade, com sua própria estrutura técnica e burocrática, subordinado a um mesmo poder central: o Departamento de Profilaxia da Lepra. Como qualquer cidade, os asilos ainda dispunham de poder para punir aqueles que infringissem as leis e normas que os regiam, e para tanto dispunham de poder de polícia. Possuíam delegado, cuja função era desempenhada por um doente nomeado pelo Diretor, guarda especial composta por enfermos, a "guarda sanitária", e cadeia, onde eram encerrados os faltosos. Algumas das unidades abrigavam penitenciárias, destinadas a receber os criminosos comuns condenados pelo poder judiciário que, por serem portadores de hanseníase, não poderiam cumprir pena nas instituições penais normais. As penitenciárias também eram utilizadas para punir doentes que infringissem alguma norma asilar. Os manicômios, especialmente construídos para abrigar doentes mentais portadores de hanseníase, foram instalados apenas em algumas das unidades asilares.

O plano era fazer com que cada unidade se aproximasse ao máximo da auto-suficiência, o que explica a presença de olarias, oficinas, fábricas e de atividades agro-pastorís. Isto tudo era de substancial importância, pois mantinha os doentes ocupados e representava economia palpável para os asilos.

A existência de atividades de lazer dentro dos asilos-colônia sempre figurou como preocupação da sociedade e foi merecedora de destaque na imprensa da época. Praticamente todas as opções de lazer existentes nos asilos, tais como a praça de esportes e o prédio do Cassino[4], foram doações. Acreditava-se que como o isolamento era compulsório e feito em nome do bem estar social, os portadores de hanseníase deveriam ser recompensados pela exclusão forçada. Por outro lado, se eles se sentissem bem dentro dos asilos, o índice de fugas seria menor.

Considerações finais

A análise dos projetos arquitetônicos implantados nos asilos nos permite verificar qual o tipo de construção era escolhido. As divisões, os muros, as cancelas internas, e toda a sua distribuição espacial constituíram mecanismos que facilitaram o controle, a ordenação e a vigilância dos indivíduos asilados. A rede asilar formou, na realidade, um mundo à parte, com toda a sua complexidade, inclusive com conceitos de hierarquia, disciplina, trabalho e moralidade, enfim uma nova "comunidade".

A rede asilar do Estado de São Paulo, que vigorou até 1967, acabou por constituir uma micro-sociedade, formada por aqueles que deveriam ser *"extirpados"* em nome do bem estar da sociedade e da *"formação da raça forte"*. Esse "mundo", denominado pelos internos de *"Leprolândia"*, constituiu, na realidade, verdadeiros *gulaks*, onde qualquer forma de comunicação com o mundo externo era necessariamente intermediada pelo Serviço Médico Oficial.

Em torno desse "mundo excluído", protegido por muros, cercas e que dispunha de patrulhamento especial, havia ainda uma

---

[4] Nesse edifício funcionavam a biblioteca, sala de jogos e cine-teatro.

barreira bem maior — determinada pela herança estigmatizante, pela censura de notícias, pela violação de correspondência e pelo silêncio - que era protegida por uma legislação específica, elaborada e endossada pelo medo.

Referências bibliográficas

GOFFMAN E (1974). *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo, Perspectiva.

MONTEIRO YN (1995). *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo.* Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

ENVELHECIMENTO E AS REDES DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Teresa Rosa

Envelhecimento: os idosos no Brasil e em São Paulo

A expectativa de vida do brasileiro que no início do século era de 33,7 anos, atualmente já ultrapassa os 60 anos (Silvestre et al., 1996). O imenso contigente acima de 14,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais arrolado no último censo no Brasil (Fundação IBGE, 2002) confirma esse significativo aumento na expectativa de vida do brasileiro.

São Paulo, por suas características urbano-industriais, é uma das regiões brasileiras em que o processo de envelhecimento populacional está mais adiantado, levando-se em conta os coeficientes de fecundidade e mortalidade que o determinam. Vivem no estado 37 milhões de habitantes, dos quais 3.316.957 têm 60 ou mais anos, o que significa 9% do total. (Fundação IBGE, 2002).

No Município de São Paulo a concentração de idosos é um pouco maior (9,32%), sendo que em uma população total de 10.434.252 pessoas, 972.199 têm idade igual ou superior a 60 anos (Fundação IBGE, 2002). No município a expectativa de vida ao nascer, em 1994, chegou a 70 anos, sendo que as estimativas feitas para o ano 2000 apontavam uma superação dos 72 anos (Antunes, 1998). Além disso, a expectativa de vida das pessoas que já alcançaram a idade de 60 anos aumenta em mais 18,2 anos para as mulheres e em 15,9 anos para os homens (Monteiro; Alves, 1995).

O aumento da expectativa de vida significa mais pessoas vivendo até idades mais avançadas, experimentando, em princípio, a plenitude de seu potencial biológico. Entretanto, tem-se constatado que é mais fácil evitar mortes do que evitar a ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades; portanto, boa parte da população de idosos tem chance de ter uma qualidade de vida muito ruim. (Ramos e et al., 1993).

A realidade dos países, principalmente daqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, dadas, sobretudo, as condições econômicas, sociais e políticas, tem impossibilitado o estabelecimento e desenvolvimento de políticas sociais significativas. Sabemos que a ausência de recursos de assistência social e de saúde e as soluções desenvolvidas sem um planejamento apropriado têm conseqüências desastrosas para os idosos e, em geral, são mais onerosas do que investir em serviços acessíveis e apropriados de assistência primária e em iniciativas de educação para a saúde. Portanto, um grande desafio continua sendo a criação de uma política global e diferenciada no que diz respeito ao envelhecimento e à população de idosos. "De fato, o processo de envelhecimento pode reforçar desigualdades em face da qualidade de vida e do bem-estar dos diferentes estratos sociais, de homens e mulheres, de brancos e não-brancos, de jovens, adultos e os mais velhos, contribuindo assim para aumentar a chance de exclusão." (Berquó, 1999, p.12)

Redes de apoio social informal e sua importância para a saúde

Entre a fronteira do social e do psicológico, a categoria de "apoio social" tem favorecido o desenvolvimento de diversos trabalhos de investigação que buscam explicar algumas das diferenças existentes na distribuição de certas enfermidades, tanto físicas quanto mentais. A relação entre laços sociais e saúde foi sugerida, na década de 70, por Sidney Cobb (1976) e John Cassel (1976), quando evidenciaram que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade a doenças. Desde então, expandiram-se as pesquisas no campo da epidemiologia que indicam que as pessoas que têm formas diversificadas de relações sociais ficam doentes menos freqüentemente e engajam-se mais em comportamentos considerados mais saudáveis do que pessoas sem apoio social. A presença de apoio social tem sido fortemente associada a desfechos positivos, também para os idosos.

As redes de apoio sociais, também denominadas relações sociais informais, são compostas por todos os indivíduos: família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, e outros, e por ligações entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima e/ou com envolvimento afetivo.

O apoio social – nível de recursos fornecidos por outros, abrange quatro funções: 1) apoio emocional – envolve expressões de amor e afeição; 2) apoio instrumental – refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; 3) apoio de informação – refere-se a informações, aconselhamentos, sugestões, orientações, que possam ser usadas para lidar/resolver problemas; e 4) interação social positiva – é a disponibilidade de pessoas com quem divertir-se e relaxar (Penninx et al., 1997).

Família: relações e apoio

Considerando as dimensões do apoio social informal - apoio emocional, apoio instrumental e apoio de informação - observa-se que o predomínio da família na atenção às pessoas idosas é muito forte. A investigação gerontológica transcultural vem demonstrando essa observação a partir da alta prevalência do apoio familiar na vida dos idosos, tanto na vida cotidiana como em momentos de crise. (Sánchez-Ayéndez, 1999, p. 124).

Na família, a interdependência é possível graças ao componente afetivo de suas relações e à garantia de estabilidade, coesão e equilíbrio derivados do apego que se estabelece. Além disso, a família como fonte fundamental provedora de apoio ao idoso está intimamente relacionada ao dever indiscutível que os filhos se atribuem no que diz respeito ao cuidado dos pais (Bazo; Onãte, 1999).

Por outro lado, o envelhecimento populacional associado às modificações econômicas e sociais que acompanham a modernização das sociedades tem afetado a constituição das famílias em todo o mundo, independentemente do contexto cultural de onde ocorreu este processo de modernização. Essa situação não implicou meramente em modificações na infra-estrutura econômica e de produção, mas também em alterações sociais e psicológicas. Observamos mudanças em todos os âmbitos da existência: o ambiente físico, as comunidades onde convivem as pessoas, as formas de conceber o mundo, a maneira como se organiza o cotidiano, o significado das atividades de sustento, trabalho e controle, as relações familiares e os aspectos íntimos da experiência de cada indivíduo. (Sánchez-Ayéndez, 1994, p. 360, p.124).

Nesse aspecto, pesquisadores e profissionais ligados a políticas públicas têm expressado preocupação com as mudanças na estrutura social, na família, no mercado de trabalho, nos sistemas normativos que podem enfraquecer os tradicionais sistemas de apoio para pessoas idosas e dar lugar à expansão do grupo de idosos em situação de risco.

Além disso, os investigadores têm se interessado não só pelas conseqüências que traz o grau de integração social, mas também pelos determinantes de tais níveis de integração. Tem-se constatado, mas ainda não suficientemente explorado, a importância das características da estrutura social na explicação da disponibilidade diferencial do apoio social entre os indivíduos. Ou seja, o alcance das redes e o benefício que elas podem trazer aos seus membros varia de um estrato social a outro (Castro et al., 1997).

Dentro das medidas que favoreçam a permanência dos idosos no seu ambiente, na comunidade, torna-se necessário responder de forma inovadora aos desafios colocados pela experiência contemporânea que é o envelhecimento populacional. É provável que a compreensão das redes de apoio e a sua relação com a questão do idoso passe pela necessidade de entendermos o lugar social dos idosos e para isso é preciso, também, compreender como a sociedade organiza a estrutura, as funções e os papéis de cada grupo etário específico.

Referências bibliográficas

ANTUNES JLF(1998). Crescei e multiplicai-vos: desenvolvimento social, coeficientes de natalidade e transição demográfica no Município de São Paulo, Brasil, séries temporais para 1901-94. *Rev Bras Epidemiol*, v.1, p. 61-78.

BAZO M T; ONÃTE CM (1999). Sociologia de la vejez. In: BAZO MT (coord) *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.

BERQUÓ E (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI AL; DEBERT GG *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus. p.11-40.

CASSEL J (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*, v. 104, p. 107-23.

CASTRO R; CAMPERO L; HERNÁNDEZ B (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*; v. 4, p. 425-35.

COBB S (1976). Socail support as a moderator of life stress. *Psychsom Med*, v. 38, p. 300-14.

FUNDAÇÃO IBGE. Disponível em http://www.ibge.gov.br [acesso em agosto de 2002]

MONTEIRO MFG; ALVES MIC (1995). Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS R (Org) *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UnATI/UERJ. p. 65-78.

PENNINX BWJH; TILBURG T VAN; KRIEGSMAN DMW; DEEG DJH; BOEKE AJP; EIJK JTHM VAN (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study Amsterdam. *Am J Epidemiol*, v. 146, p. 510-19.

RAMOS LR; ROSA TEC; OLIVEIRA ZMC; MEDINA MCG; SANTOS FRG (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.27, p. 87-94.

SÁNCHEZ-AYÉNDEZ M (1994). El apoyo social informal. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SALUD. *La atención de los ancianos: un desfío para los años noventa*. Washington, (Publicación Científica, n. 546), p. 360-368.

SÁNCHEZ-AYÉNDEZ M (1999). Mujeres puertorriqueñas de edad mediana como principales preveedoras de cuidado a adulto/as mayores. *Cuadernos mujer salud*, n. 4, 124-35.

SILVESTRE JA; KALACHE A; RAMOS LR; VERAS RP (1996). O Envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriatr Geronto*, v.1, n.1, p. 81-9.

A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: O PODER DA VIDA E O PODER SOBRE A VIDA

Marli Fernandes

Uma questão contemporânea cada vez mais conhecida por nós trata do uso progressivo de uma idéia de subjetividade já dissociada da noção de sujeito. Este espraiamento do conceito nos conduz a outros sentidos, subvertendo a lógica clássica do conhecimento epistemológico ou mesmo da história da filosofia.

É preciso reconhecer que o tema não é novo, basta considerar as transformações geradas pela crise da teoria do conhecimento ou da metafísica clássica[1], que aponta para a impossibilidade da existência da realidade externa como verdade em si. O mesmo ocorreu com o termo subjetividade a partir do seu surgimento no inicio do século XIX, quando, por exemplo, Kierkegaard condenou a idéia de universalidade do conceito.

A noção contemporânea de subjetividade abarca planos de pluralidade, diferenciação, identidades flutuantes ou unidades provisórias. Estamos, portanto, diante de um termo aberto a outras composições que lhe dêem sentido. Na verdade, vale a pena perceber quais planos da vida pós contemporânea possibilitam novas forças ou composições de novos sentidos ao termo subjetividade, e, ao mesmo tempo, indagar em que medida permanece, nestas novas configurações de sentido, o modelo identitário como força reasseguradora do eu (psicológico).

---

[1] A metafísica baseava-se em dois pressupostos: a realidade em si existe e pode ser conhecida; as idéias ou conceitos são um conhecimento verdadeiro da realidade. Hume desconsidera a existência de um Ser infinito que garantia a realidade e a inteligibilidade de todas as coisas dotando os humanos de intelecto capaz de conhecê-los tais como são em si mesmos. Afirma que não há mais substância ou essência ou causalidade, tudo se define pelos hábitos mentais de associação de sensações, percepções e impressões recebidas pelos órgãos de sentido (Chauí, 1995, p.230).

Dentro dessa concepção, qualquer ação humana é produzida não por um sujeito autônomo, mas por uma conjuntura singular de forças. Assim, de acordo com Foucault (1984, p.303-308), "cabe-nos promover novas formas de subjetividade, recusando todo tipo de individualismo que nos foi imposto durante séculos".

A produção de subjetividade, globalização e os efeitos na saúde coletiva

Tudo nos leva a crer que o mercado, distribuidor de riqueza e pobreza no mundo capitalista, nos impõe "uma modalidade generalizada, em extrema serialização, extrema velocidade, uma hipnose telemediática" (Pelbart, 2000, p.15).

Não habitamos um lugar, mas a própria velocidade. A ascensão da mídia e da indústria de propaganda, por exemplo, remodela incessantemente os macro e microuniversos individuais e coletivos como família, profissão, trabalho, classe social e saúde.

Será que a idéia de sujeito, com a crença na estabilidade e sua referência identitária, agonizante desde o final do século passado, estaria chegando ao fim (Rolnik, 1995)?

Não é tão simples assim, diz Rolnik (1995). Os diagramas da globalização misturam e pulverizam as identidades, de acordo com o padrão "fashion" do momento. Formam-se composições de forças para além do estado de coisas, para além do óbvio do cotidiano. Há (de)composições que se engendram, selecionam e eliminam-se umas às outras, fazendo aparecer as produções de subjetividade nas formas de identidades glamurizadas para serem consumidas independentes dos diferentes espaços culturais. "Identidades locais fixas são figuras que desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas multiformes e ligadas às ondas do tele-tudo ou espaços protovisuais - o ciberespaço: computador, ondas de satélites que vão substituindo as normas, as leis, a ordenação direta, as éticas" (Rolnik, 1995).

Esse panorama, no entanto, não implica o abandono da referência identitária. As forças constituintes pressionam e desestabilizam as subjetividades. O efeito imediato da turbulência produz a recognição do modelo já estabelecido, fabricam-se representações de si tentando organizar-se. Portanto a flexibilidade, a abertura para o novo, não

envolve necessariamente abertura para o estranho, para a desterritorialização da experiência.

Rolnik fala em "identidades clonadas", pasteurizadas mas vividas como sensação de fracasso, de medo, traumas. Os fluxos de forças não param e a vida se despotencializa na negação da própria vida como potência em variação de forças — é o poder sobre a vida. Para proteger-se dos blocos intensivos de turbulências recodifica-se a ilusão identitária, e assim promove-se uma espécie de toxicomania generalizada: Prozacs, literatura de auto-ajuda, excesso de vitaminas, consumo "diet" "light" e a fabricação dos corpos "top models". As subjetividades estão sendo produzidas por micro e macro realidades inscritas na lógica do consumo, em níveis nunca vistos (Rolnik, 1995).

Repensar o domínio hegemônico de sentido e valor próprios da lógica de mercado que caracteriza a contemporaneidade não implica na defesa das identidades locais ou em ir contra as identidades globais. É a própria referência identitária que deve ser combatida, não em nome de um caos niilista, ou de uma explosão de eus, mas tornando visíveis os múltiplos sinais de criação de uma realidade política, econômica, social, estética. Do mesmo modo, os recursos potencializadores da qualidade de vida exigem a reconstrução de sentido do processo saúde-doença.

Diante dos agenciamentos coletivos que não param de transformar a realidade, é preciso incentivar, dar visibilidade à construção de modulações, não modelos, em Saúde Coletiva, seja na prática dos serviços, na reflexão teórica ou na pesquisa.

Retomando a problemática da noção de sujeito, percebe-se que não é suficiente refutar a sua redução a uma essência, uma substância ou ao componente identitário. O sentido conservador deste modelo aparece na interface com outras possibilidades: a subjetividade livre, produtiva, a reinvenção subjetiva e coletiva, revolucionária.

Um processo implica sempre na idéia de ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos, não há o começo e o fim do processo, e sim seqüências ou séries que atualizam o real e ao mesmo tempo já se modificam em outras séries, e essas em outras, numa multiplicidade de planos que transformam o real diferente do Organizado ou do Instituído. Essa lógica deve também presidir o processo de recriação de práticas de produção de saber no campo da saúde coletiva.

Referências bibliográficas

AYRES J (2000). Sujeito, Intersubjetividade e Prevenção: Um Ensaio Filosófico Palestra proferida na ABRASCO. 2000 In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5. Sujeito Ação em Saúde Coletiva.

CAMPOS GO (2000). Anti- Taylor, a Produção de Subjetividade e a Democracia em Instituições. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5. Sujeito Ação em Saúde Coletiva.

CHAUÍ M (1995). A grande crise da Metafísica: David Hume. In: *Convite à Filosofia.* São Paulo, Ed.Ática.

DELEUZE G; GUATARRI (2000). *O que é a Filosofia.* São Paulo, Ed.34.

FOUCAULT M (1984). Questions et Réponses. In: DREYFUS H; RABINOW P. *Un parcours philosophique.* Paris. Gallimard.

LEVY P (1994). *Lintelligence collective. Pour une anthropologie du cyberpace.* Paris. Ed. Dela Découverte.

PELBART P (2000). Sujeito e Subjetividade. In: *A Vertigem Por um fio Políticas da Subjetividade Contemporânea.* São Paulo.Iluminuras.

ROLNIK S (1995). Sujetividade e Globalização. *Revista Mais. Folha de São Paulo.*

O DESAFIO DA INCLUSÃO DE HOMENS EM PROGRAMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA

Suzana Kalckmann
Luís Eduardo Batista

Introdução

O relatório final da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) enfatiza a necessidade da maior participação e/ou inclusão dos homens nas questões de saúde reprodutiva (Correa, 1995). Desde que esse relatório foi divulgado, diversos projetos têm buscado avaliar conhecimentos, atitudes e práticas dos homens quanto ao exercício da sexualidade, reprodução e construção da masculinidade. No Brasil, entretanto, são ainda poucos os trabalhos que abordam a saúde sexual e reprodutiva da perspectiva dos homens, analisando como as relações de poder demarcam a forma como eles vivenciam suas masculinidades, especialmente aqueles que consideram como categoria analítica a questão racial /étnica.

A partir de estudos e intervenções educativas realizadas junto a mulheres, foco central de nossa linha de investigação[1], vem surgindo a necessidade de ouvir os homens, buscando compreender como eles percebem suas experiências sexuais e reprodutivas.

Neste artigo apresentamos observações derivadas de diferentes pesquisas exploratórias realizadas junto à população masculina[2], objetivando fornecer elementos para reflexão e apontar lacunas que consideramos importantes para futuras investigações.

---

[1] Saúde reprodutiva, sexualidade e gênero.

[2] Grupos focais com homens de classe média e baixa, de diferentes etnias, entre 29 a 34 anos, enfocando impasses da relação homem–mulher diante das doenças sexualmente transmissíveis e possíveis motivações para o uso e não uso de preservativo masculino (vídeo *Todo dia é dia. Kalckmann e Afram, 1995*); Grupos focais com parceiros das usuárias de

A presença masculina nas discussões

Tem nos chamado atenção o aumento de solicitações de intervenções educativas direcionadas aos homens, uma vez que muitos pesquisadores relatam dificuldades em reuni-los, especialmente os de prática heterossexual, para discussões sobre saúde e/ou sexualidade. Segundo estes pesquisadores, os homens em geral se consideram informados sobre "as coisas de sexo" e não vulneráveis ao HIV/Aids: "*Assim, não existe motivação política para se organizarem para lutar pela conquista ou garantia de seus direitos, especialmente os sexuais*" (Villela, 1998, p.130). Deixam claro que "ficar doente" ou ter problemas de saúde revelam sua fraqueza, o que não faz parte da representação social do "ser homem".

O que eles falam

Os homens ouvidos mostram, de modo geral, dificuldade em falar sobre a própria sexualidade e saúde. O sexo é referido através de linguagem metafórica e de brincadeiras. Citam o próprio pênis como se ele fosse um indivíduo com vida e desejos independentes e, freqüentemente, dão respostas na forma interrogativa, como se necessitassem de apoio dos entrevistadores.

As mudanças nas relações de poder e hierarquia entre os sexos, a "mulher independente" com maior participação no mercado de trabalho, o desemprego masculino, as novas formas de relações conjugais e com os filhos e a sua precarização como trabalhador têm levado alguns a repensarem sua identidade enquanto chefes de família, trabalhadores e provedores. Mudanças que vêm produzindo efeitos no próprio corpo e na forma de vivenciar a sexualidade e consequentemente na forma como percebem a própria "saúde".

A maioria das queixas sexuais estão relacionadas à disfunção erétil - ejaculação precoce e impotência. As histórias contadas

---

preservativo feminino (*Projeto Beija-Flor, Kalckmann et al, 1997*); Grupos de intervenção e entrevistas individuais, com homens de baixa renda visando identificar como reagem ao uso de preservativos masculinos e femininos; sua percepção da própria vulnerabilidade às DST/Aids; interferências do cotidiano nas suas sexualidades e alternativas buscadas quando com problemas de saúde (Kalckmann, Batista, Carneiro e Barbosa, 2001).

evidenciam a interação entre fatores orgânicos - diabete mellitus, hipertensão arterial, obesidade, depressão, hábito de fumar, alcoolismo, uso de drogas e outros – e dificuldades afetivas ou emocionais/sociais: problemas com a companheira; medo do desemprego; *stress*, falta de privacidade para as relações sexuais; perda de atração; excessiva preocupação com a satisfação da companheira, entre outras.

Falar sobre estas dificuldades é particularmente difícil para os homens, como afirma um entrevistado, respondendo sobre conhecer alguém impotente: "*Não, porque a gente não conversa essas coisas, os homens, você sabe, conversam, abrem a boca, fala bastante coisa, mas....como é que se diz? esses papo não comenta, acho...todo mundo quer ser machão, né?*"

A ereção aparece como questão central e causadora das preocupações. Se não é como eles desejam, provoca sentimentos confusos que resultam em conflitos, angústia e fragilização. Assim, "O privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contenção permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo homem o dever de afirmar em toda e qualquer circunstância, sua virilidade" (Bourdieu, 1998, p.64).

Acesso a serviços de saúde

Na maioria das vezes os participantes só procuram os serviços de saúde em casos de emergência: "De modo geral, nós homens, corremos riscos desnecessários quanto à saúde, pois evitamos a prevenção por acharmos que saúde é assunto de mulher e criança, da mesma forma que negamos, até o último momento, que estamos doentes, já que isso pode significar fraqueza" (Barbosa, 1998, p.266). Eles não reconhecem as unidades básicas de saúde como um espaço masculino: ...*" lá só tem mulher e criança"*.

Entre os que reclamam de disfunção erétil, muitos apresentam problemas específicos de saúde como: epilepsia, hipertensão e dores no escroto (sugestiva de varicocele). Outros tomam medicamentos que conforme a dosagem interferem na ereção[3], e no entanto, não

[3] Higroton, Capotem e Gardenal.

estão sendo acompanhados em nenhum serviço de saúde. É exemplar o relato de um homem: "*...uma vez, faz uns dois anos, tive uma dor de cabeça forte - nesse tempo eu tinha direito a médico* (convênio), *ele falou que era pressão, passou um remédio e disse e eu "sofro da pressão"... agora, de vez em quando, eu compro o remédio na farmácia"*. Ele têm tido episódios de disfunção erétil e tem buscado alternativas para solucioná-los – "*... arranjei até uma namorada para ver se resolvia"* – mas não associava o uso do medicamento ou da possível doença de fundo com o problema. Um outro, que se diz diabético e que, segundo ele, não segue uma dieta adequada, ao saber que o agravamento da doença pode vir a interferir na ereção, falou " *...Xi, então essa doença é séria?"*. Esses relatos evidenciam que o atendimento a saúde é fragmentado, não conseguindo identificar e considerar as questões fundamentais para os homens. Segundo eles, há uma escassez e inadequação de serviços públicos, especialmente os que possam atender e resolver os problemas relacionados à saúde sexual masculina. Torna o quadro mais cruel o fato de existirem tratamentos psicológicos, medicamentosos e intervenções cirúrgicas que poderiam resolver proporção significativa dos casos. Além disso, esses avanços da medicina são freqüentemente divulgados na mídia, mostrando ricos e famosos, em idade avançada, falando satisfatoriamente de suas vidas sexuais. Corroborando tais afirmações, e considerando-se a faixa etária dos entrevistados, verificamos que apenas dois fizeram exame preventivo de próstata. Alguns não sabem o que é próstata, nem onde fica, mas já ouviram falar que é preciso fazer o exame preventivo, que é *"muito doloroso"*. Afirmam que não fizeram o exame porque "não sabem onde fazê-lo", não têm dispensa do trabalho e /ou porque não sentiram necessidade "ainda".

Em síntese

Identificamos que muitos homens têm dificuldades com seus corpos e sexualidade, que levam a sofrimento e ambigüidade. A desinformação e a mudança do papel do homem na sociedade, dada a crise econômica e desemprego, acabam por afetar o desempenho sexual deles. Ao mesmo tempo, o SUS não está adequado a atender a essa demanda, sendo praticamente inexistente o acesso a serviços

que atendam queixas sexuais ou que ao atenderem problemas específicos de saúde, como por exemplo hipertensão, considerem as necessidades e desejos desses homens.

Acreditamos ser importante o aprofundamento de estudos sobre como os homens de diferentes grupos étnicos constróem suas masculinidades. Nesse sentido, os pesquisadores da equipe elaboraram um projeto, em parceria com a Organização Não governamental "Fala Preta! - Organização de Mulheres Negras", em andamento, que se propõe a investigar os fatores que interferem na construção da sexualidade dos homens negros tendo como ponto de referência as dimensões étnico-sócio culturais enquanto condicionantes dessa construção[4].

Além disso, a implementação de atendimentos voltados para a saúde sexual e reprodutiva masculina é fundamental, tanto nas unidades básicas de saúde quanto em ambulatórios especializados, de modo que tanto os homens quanto suas parceiras possam usufruir melhor sua sexualidade.

Referências bibliográficas

BARBOSA SF (1998). Experiência de intervenções com homens: para além de abrir vidros de azeitonas. In: ARILHA M; UNBEHAUM S; MEDRADO B (Org.) *Homens e masculinidades*. São Paulo, ECOS/Ed.34.

BATISTA LE (1999). Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2. São Paulo, p. 30-31.

BOURDIEU P (1998). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

[4] "A socialização do homem negro e suas implicações acerca da sexualidade e reprodução", coordenação Elizabeth Pinto e Luís Eduardo Batista

CORREA S (Trad.) (1995). *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo.* Comissão Nacional de População e Desenvolvimento/CNPD- Fundo de População das Nações Unidas, Brasil.

KALCKMANN S (1998). Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ARILHA M; UNBEHAUM S; MEDRADO B (Org.) *Homens e masculinidades.* São Paulo, ECOS/Ed.34.

VILLELA W (1998). Homem que é homem também pega Aids? In: ARILHA M; UNBEHAUM S; MEDRADO B (Org.) *Homens e masculinidades.* São Paulo, ECOS/Ed.34.

"ONDE ESTÃO AS HISTÓRIAS DE LÉSBICAS?" MENOPAUSA, ENVELHECIMENTO E MULHERES QUE SE RELACIONAM SEXUALMENTE COM MULHERES

Claudete Gomes dos Santos

No decorrer de pouco mais de um século, particularmente no Ocidente, os avanços científicos e tecnológicos influíram sobremaneira na elevação da expectativa de vida da população, graças aos *"recursos cada vez mais eficientes para a promoção e a manutenção por mais tempo do vigor físico e da saúde"* (Sad, 2001, p. 62).

No tocante às mulheres, a elevação da expectativa de vida *"deu visibilidade à menopausa, (...)"* (Neri, 2001, p.28), um processo pelo qual poucas logravam passar. Até o final do século XIX, aproximadamente, quase metade da população feminina morria antes de completar 50 anos por causas diversas, particularmente as relacionadas à sua saúde reprodutiva (Gómez, 1993, p. 32). Em razão dos progressos biotecnológicos e de conquistas sociais esse panorama foi se alterando, e hoje há um grande contingente feminino alcançando e mesmo superando em muito os 50 anos, ou seja, passando pelo processo climatérico e atingindo a velhice (Pitelli, 1997, p. 240).

A menopausa, freqüentemente usada como sinônimo de climatério[1], é, na verdade, um episódio marcante deste período, a cessação definitiva da menstruação (Pitelli, 1997, p. 239). Considera-se que a mulher está na menopausa após 12 meses consecutivos sem menstruação, o que comumente ocorre entre os 45 e 55 anos, variando de região para região. Segundo estimativas da North American Menopause Society (s.d), na terceira década do século XXI haverá mais de um bilhão de mulheres em todo o mundo passando ou já tendo passado pela menopausa.

Nos últimos anos tem havido um interesse renovado pelo tema, suscitado justamente pelo aumento da população feminina acima dos 40 anos. O que antes era um assunto restrito ao ambiente familiar, e

---

[1] Optei por utilizar o termo menopausa mesmo quando me refiro a climatério, por ser o comumente usado pela população em geral.

mesmo assim tratado de forma velada, atualmente é de domínio público. No entanto, independente do ambiente em que é debatida, a menopausa é quase sempre enfocada com uma conotação negativa, um período em que a mulher começa a ser assolada por males os mais diversos, sendo o mais temido a chegada da velhice.

Os avanços na área biotecnológica, entretanto, instauraram uma contradição: conseguem cada vez mais obter êxito na busca pelo aumento da longevidade, ao mesmo tempo em que decretam que o corpo deve permanecer jovem mesmo com o avanço dos anos. A juventude é fortemente louvada, sobretudo para as mulheres, e passa a ser atributo de beleza e de atrativo sexual.

Assim, a chegada da menopausa, em especial na cultura ocidental, vem carregada de conotações negativas e é temida pelas mulheres, pois, segundo o difundido na sociedade, junto com ela se assoma inexorável o fantasma da velhice. Para fazer frente a isso, ela é instada a fazer reposição hormonal, tida como a grande arma para retardar o envelhecimento e *"manter indefinidamente a aparência e a disposição juvenis"* (Py; Scharfstein, 2001, p. 125).

A mulher enfrenta, por um lado, um processo de medicalização da menopausa[2] e, por outro, o peso dos prejulgamentos culturais que determinaram que as mulheres, após certa idade, são desqualificadas como seres úteis e produtivos (Gómez, 1993, p. 33). O climatério e a menopausa *"contribuem para o rebaixamento do status feminino, pois lançam a mulher na condição cruel de consumida-consumada-descartada"* (Py; Scharfstein, 2001, p. 125).

A literatura existente sobre o tema, por sua vez, corrobora e reforça essas idéias, uma vez que a menopausa é referida, quase sempre, como um evento que só traz perdas: da saúde, da feminilidade, da sexualidade, da juventude e, conseqüentemente, do poder de atração. Outra ligação presente é com a morte, já que a menopausa é comumente descrita como sendo a porta de entrada para a decadência, a velhice e a morte. O término da função reprodutiva também é sentido como uma das perdas mais negativas, pois a cultura ocidental sempre tendeu a *"ancorar a imagem e o valor da mulher no seu papel de mãe"*

---

[2] A tendência de muitos médicos, atualmente, é considerar a menopausa como processo natural, mas que apresenta conseqüências patológicas que necessitam de intervenção.

(Pitelli, 1997, p. 249), sendo a capacidade de reprodução definida como a primordial função feminina.

Mas de que mulheres se está falando? Certamente, não das que se relacionam sexualmente com mulheres.

A despeito da crescente inclusão de mulheres nos estudos sobre envelhecimento, a maioria deles se refere a elas sem especificar sua orientação sexual, pressupondo que sejam todas heterossexuais, uma vez que *"(...) fomos educados em uma sociedade que considera a heterossexualidade como superior a todas as outras orientações sexuais"* (Arbore, 1997).

A *"(...) inclusão de todas as orientações sexuais em qualquer amostra sobre mulheres"* (Martinho, 1996, p.3) implica em que mulher é mulher, e pronto. Entre os profissionais de saúde (em particular os médicos e, principalmente, os ginecologistas), tanto nos serviços públicos como nos privados, é muito comum que não se faça perguntas a respeito da sexualidade de suas pacientes, uma vez que há, e não tão raro como se possa pensar, a suposição de que todas sejam heterossexuais (Brito et al, 1990, p. 304). No que tange aos serviços públicos, parece que *"não há interesse real em uma maior estruturação do SUS na articulação de políticas de saúde da mulher que ultrapassem a preocupação reprodutiva e incluam a diversidade de orientações sexuais"* (Almeida; Souza, 2002, p.16).

Como ignorar, no entanto, o fato de que havia mais de dois milhões de lésbicas com idade superior a 60 anos nos Estados Unidos, segundo o Censo americano de 1990 (Gershick, 1998, xvi), e provavelmente outras tantas entre 40 e 59 anos? No mundo, quantas são, atualmente? Provavelmente mais do que se imagina, e nada se sabe sobre elas.

Tal qual ocorre com a população heterossexual, é de se esperar que as homossexuais na meia-idade não apresentem um comportamento homogêneo. Elas têm em comum o fato de se interessarem amorosa e sexualmente por pessoas do mesmo sexo, mas podem ter opiniões diferentes sobre os mais diversos assuntos (Arbore, 1997), aí incluídos menopausa e envelhecimento.

Em relação a esses, como elas enfrentam tal processo? A cessação da capacidade reprodutiva as afeta do mesmo modo que às heterossexuais, visto que lesbianismo e maternidade não são categorias mutuamente excludentes? (Falk, 1997, p. 37). Terão elas

se rendido ao modelo vigente, que cultua a juventude do corpo, e aderido às práticas que prometem o milagre? (Py; Scharfstein, 2001, p. 125). A menopausa interfere no estabelecimento de novos relacionamentos amorosos?

Essas questões não respondidas estão à espera de alguém que as traga à luz, pois, de acordo com Linch (1996, p. 2): *"Onde estavam as estórias de lésbicas?* [nos livros em que pesquisou] *Não que eu pensasse que menopausa poderia ser fisicamente diferente para as lésbicas, mas certamente eu não me reconhecia nas palavras que estava encontrando".*

É necessário, então, dar voz a essas mulheres, pois se a menopausa é uma realidade construída, cada mulher que a vivencia é um personagem real. Em se tratando de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, tal abordagem poderá ajudar a desconstruir os mitos e estereótipos que persistem sobre elas e, em nível individual e social, os tabus que ainda se fazem presentes em relação à menopausa (Flórez, 2000, p. 63). Além disso, *"(...) a compreensão da cultura sexual de mulheres com práticas homossexuais é fundamental para uma discussão acerca da saúde sexual dessas mulheres, (...)"* (Almeida; Souza, 2002, p. 16), podendo trazer subsídios para um atendimento mais direcionado, baseado em suas reais necessidades, um atendimento que contemple essa questão, normalmente desconsiderada no âmbito dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Referências bibliográficas

ALMEIDA GES de; SOUZA VA de (2002). Políticas públicas e mulheres com práticas homossexuais: um contato necessário. *Revista Visibilidade*, edição única, abril, p. 16.

ARBORE P (1997). Working with older lesbians and gay men. *http://www.asaging.org/networks/lgaing/outword-041.html.* Acesso em: 17 de agosto de 2000.

BRITO LMO et al (1990). A lésbica e o ginecologista. *Femina*, v. 18, n. 4, p. 303-305.

FALK PJ (1997). Lesbian mothers: psychosocial assumptions in family law. *Journal of Lesbian Studies*, v. 1, n. 3/4, p. 37-53.

FLÓREZ EG (2000). Menopausia – cuestión de posición. *Terapia Sexual – clínica, pesquisa e aspectos psicossociais*, v. 3, n. 2, p. 59-64.

GERSCHICK ZZ (1998). *Gay Old Girls*. Los Angeles, Alyson Publication Inc.

GÓMEZ A (1993). Menopausia. Celebremos el cambio. *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, n. 1, p. 31-50.

LINCH L; WOODS A (Eds.). (1996). *Off the rag: lesbians writing on menopause*. Norwich, New Victoria Publisher.

MARTINHO M (tradução e adaptação) (1996). Enfermidades que mais atingem lésbicas: um estudo norte-americano. *Ousar Viver*. v. 2, n. 3, p. 3-5.

NERI AL (org.) (2001). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI AL (org.) (2001). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, Papirus. p. 11-52. (Coleção Vivaidade).

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (THE). Basics facts about menopause. *http://www.menopause.org/aboutm/facts.html*. Acesso em: 17 de agosto de 2000.

PITELLI JB (1997). Sexualidade no climatério: influências psicológicas e socioculturais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 8, n. 2, p. 238-253.

PY L; SCHARFSTEIN EA (2001). Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivências dos afetos e consciência da finitude. In: NERI AL (Org.) (2001). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, Papirus. p. 117-150 (Coleção Vivaidade).

SAD I (2001). Revisão de vida, auto-conhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In: NERI AL (org.) (2001). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, Papirus. p. 53-69 (Coleção Vivaidade).

HOMEOPATIA E SAÚDE PÚBLICA: UM CASAMENTO POSSÍVEL?

Áurea Ap. Eleutério Pascalicchio
Vera Lúcia Mercucci

Apresentação

A homeopatia tem relevância na comunidade científica e na sociedade pela sua reconhecida atuação no processo saúde e doença. A literatura mundial registra o seu desempenho e a aceitação pela população e sociedades científicas no Brasil e no mundo tornando-a importante na prestação de serviços de saúde. Porém, a despeito de várias iniciativas pontuais, seu atendimento não se difunde nos serviços públicos do país.

Contexto

A homeopatia tem pressupostos diferentes do modelo biomédico hegemônico ocidental. É um sistema baseado no princípio da semelhança, que no século IV AC foi descrito por Hipócrates e no século XVIII desenvolvido por Samuel Hahnemann, com estudos de experimentação e observação clínica publicados. O seu aspecto filosófico reside na visão vitalista do ser humano, tendo como pilares fundamentais: o princípio de semelhança (*similia similibus curantur*), associado à experimentação no homem são, e a utilização de medicamentos preparados segundo farmacotécnica específica.

A civilização ocidental tem alicerces em conceitos interdependentes, com rupturas epistemológicas ao longo da história: no final da Idade Média e início do Renascimento concretizou-se a separação entre sujeito e objeto. A visão de mundo enfocando o homem ternário (corpo / alma / espírito) passou, com Descartes, para uma visão binária de corpo e espírito, suprimindo a alma. Esta cosmovisão consolidou, no século XX, uma teoria de conhecimento mecanicista, dicotômica e cientificista, estreitando os níveis de

realidade às perspectivas da dimensão física. Os postulados homeopáticos não referendam esta concepção, porém, não se trata nesta reflexão de descartar o "saber científico" acumulado, mas resgatar o "saber de todos os tempos".

A população tem demonstrado confiança e interesse na homeopatia, principalmente nos últimos vinte anos, como refletem as publicações em todo o mundo (Astin, 1998); Achtemberg Sall 1995; Berman Sall, 1995). A Organização Mundial de Saúde recomenda sua utilização desde 1974 e o documento "The WHO policy and strategy on traditional medicine 2002-2005" afirma sua importância e atualidade. Segundo esse documento, "em países saudáveis um número crescente de pacientes utiliza medicina complementar para fins de prevenção ou cura" (WHO, 2002). Na França, 75% da população a utilizou no último ano; na Alemanha, 77 % das clínicas de dor utilizam acupuntura; no Reino Unido, as despesas com terapia complementar somam US$ 2300 milhões por ano e na África, 80% da população utiliza medicina tradicional.

O número de pesquisas experimentais sobre este tema aumenta: de 1885 a 1995 foram indexados 148 trabalhos no MEDLINE e de 1995 a 1999 foram mais de 200 trabalhos (Bonamin, 2001). Um estudo de 1994 referente às práticas de medicina alternativa nos Estados Unidos (Jonas, 1996), revela: 1/3 dos americanos em 1990 utilizaram medicina alternativa, 50% dos médicos alopatas fazem uso ou indicam a seus pacientes algum tipo de medicina complementar e 80% dos estudantes de medicina gostariam de ter mais treinamento nesta área. Cerca de 75 escolas de medicina têm cursos de medicina complementar e os programas de seguro saúde têm aumentado sua oferta de cobertura. O National Institute of Health (NIH) investe anualmente 40 milhões em pesquisas relacionadas à medicina alternativa e o Congresso Americano criou em 1992, dentro do NIH, o Escritório de Medicinas Alternativas (OAM), para apoiar pesquisas, desenvolver programas e manter um banco de dados com 90.000 citações. Segundo o Centro Médico Beth Israel mais de 2/5 dos americanos recorreram a alguma espécie de terapia não convencional em 2000 (Eisemberg, 1998). Uma pesquisa estimou 629 bilhões de consultas com terapeutas alternativos em 1997, o que representa um aumento de 47% comparado a 1990 e quase 2/3 mais do que as

consultas de clínica alopata nos EUA. Estes números demonstram necessidades e valores da sociedade moderna e não apenas mudanças localizadas (Astin, 1998). Por outro lado, a escalada do custo com assistência médica, com estimativas de que o seu valor dobre nos próximos dez anos, é um fator importante na escolha dos tratamentos com práticas não convencionais (Worton, 1999). Os médicos tradicionais e gerentes do NIH querem saber se são terapêuticas seguras, quanto custam os procedimentos e quais suas dificuldades (Klerjnem, 1991), observam-na como "medicina baseada em evidências", fundamentada em estudos estatísticos de custos, eficácia e resolubilidade.

Homeopatia no Brasil

A homeopatia foi introduzida no Brasil em 1840 por Benoit Mure. Madel Luz (1996) aponta a segunda metade dos anos 70 e os anos 80 como um período de "Retomada Social da Homeopatia" e a vê como "alternativa" ao modelo tecnológico e iatrogênico nos seus procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

A Associação Médica Brasileira reconheceu a Homeopatia como especialidade médica em 1979, e a partir de então também o fizeram os Conselhos Federais de Medicina, de Farmácia e de Medicina Veterinária. Na última década os convênios a incluíram na sua cobertura.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986) ressalta o direito do usuário de escolher a medicina com que se deseja tratar. Também recomenda a introdução da Homeopatia nos serviços de saúde. A resolução CIPLAN 04/88 de 8/3/1988 fixa diretrizes no âmbito federal para sua implantação no serviço público.

O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde estão implantando serviços homeopáticos em suas redes de serviços. Em 2000 o Ministério contabilizou 334.661 consultas homeopáticas/ano (0,07% do total das 452.152.239 consultas). Somente no estado de São Paulo foram 69.874 consultas homeopáticas, ou seja, 0,06% das 116.627.311 consultas médicas gerais. Os gastos com essas consultas foram da ordem de R$ 178.183,62[1]. Esse valor representa 0,024% dos R$ 742.556.627,60 envolvidos nos gastos totais com

[1] Esses dados têm como fonte os bancos do SIA/SUS do Ministério da Saúde.

consultas gerais. Nas 24 regionais estaduais houve 64 850 consultas em homeopatia no mesmo ano e a cidade de São Paulo, contando com 16 unidades ambulatoriais, teve 19.555 consultas.

É possível otimizar os recursos disponíveis mantendo-se a qualidade da atenção, respondendo à demanda da clientela, estabelecendo vínculo mais humano e resgatando a ética da relação médico-paciente.

Homeopatia em São Paulo

Em 1988 a Secretaria de Estado da Saúde constituiu duas comissões, uma científica e uma de programação em práticas alternativas, que produziram documentos técnicos para orientar a implantação do atendimento homeopático nos serviços de saúde pública de São Paulo. Estas comissões estão inativas há vários anos.

Em 2001 foram fornecidos pela farmácia homeopática da DIR I os medicamentos para o atendimento homeopático nos seguintes serviços: Hospital Vila Nova Cachoeirinha, CEPAIS– Sapopemba, Ambulatório de Especialidades Dr. Tito L. da Silva, DS. Capão Redondo, Ambulatório de Especialidades Ceci, CS. Jd. Vera Cruz e DS. Vila Maria. Uma informação importante a se destacar é que o valor desses medicamentos (2.788 frascos) a preço de mercado teria sido R$ 17.101,60, porém, produzidos pela farmácia pública, custou apenas R$ 1.173,73 ao orçamento do estado.

Na implantação de um modelo homeopático têm importância as parcerias com as entidades formadoras dos especialistas, uma vez que se faz necessário o apoio do processo educacional na sua consolidação. Assim, no mês de Junho de 2002 foi realizado no Instituto de Saúde um encontro com os profissionais da rede pública de saúde interessados em homeopatia na cidade de São Paulo. Compareceram 54 profissionais[2], que trouxeram ricas sugestões referentes ao porquê do atendimento homeopático, fatores limitantes e facilitadores, supervisão e educação continuada, e disponibilidade de adesão ao atendimento em Homeopatia.

---

[2] Dois farmacêuticos, 46 médicos clínicos, ginecologistas ou pediatras com formação em homeopatia, que atendem esporadicamente na especialidade e quatro enfermeiras, um sociólogo e um odontólogo que estavam em cargos de supervisão ou gerenciais na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A participação dos médicos e da população é premissa fundamental dado que, conforme as normas de atendimento preconizadas pela Resolução CIPLAN 4/1988 (D.O.U. de 11 março de1988) e Resolução 81/89 CIS/SP, os locais, profissionais, clientela e consultas podem ser definidos em parceria com população e técnicos.

Conclusões

Considerando a existência de profissionais homeopatas, espaço físico e farmácia especializada disponível, o custo de implantação da homeopatia nos serviços públicos de saúde é muito baixo. A homeopatia cada vez mais se configura como uma prática relevante para a promoção da saúde da população.

A promoção em saúde e a prevenção de doenças são partes integrantes das práticas em Homeopatia que combatem a medicalização, atuando na expansão da capacidade de percepção humana, tanto individual quanto à relativa ao seu meio sócio ambiental, com autonomia e liberdade de escolha.

A supervisão e instrução continuada para o atendimento homeopático em ambiente de Saúde Pública adaptado à população, o plantão de apoio e um "Disque Homeopatia", podem ser dinamizados com as parcerias citadas. Na avaliação deste processo devem ser observados o impacto financeiro e os indicadores de melhoria da qualidade de vida da população.

Entretanto uma pergunta permanece: por que o atendimento homeopático não se torna parte integrante das políticas públicas de saúde do país?

Referências bibliográficas

ACHTERBERG J; DOSSEY L; GORDON JS et al (1995). Mind-body interventions. In: *Alternative medicine: expanding medical horizons. A report to the National Institutes of Health on alternative medical systems and practices in the United States.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office, p. 3-43.

ASTIN JA (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*, v. 279, p. 1548 – 1553.

BONAMIN LV (2001). A Homeopatia sob a ótica dos novos paradigmas da ciência: Revisão bibliográfica. *Revista de Homeopatia*, v. 66, n 1.

EISENBERG DM; DAVIS RB; ETTNER S et al (1998) Trends in alternative medicine use in the United States 1990 – 1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, v. 280, p. 784 – 787.

JONAS WB (1996). Safety in Complementary medicine. In: ERNST E (Ed.) *Complementary medicine: na objective appraisal.* Oxford, Butterworth-Heinemann, p. 126 –149.

KLERJNEN JPK (1991). *Briths Medical Journal.* February, 9, v. 302, p. 316 –323.

LUZ MT (2000). Medicina e racionalidades médicas: estudo compativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico.* São Paulo, Ed. Hucitec/ Fapesp.

WORTON JC (1999). The history of complementary and alternative medicine. In: JONAS, W. B.; LEVIN, J.S. (Eds). *Essentials of complementary and alternative medicine.* Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins.

WHO (2002). Policy perspectives on medicines n. 2 Genebra, World Health Organization.

SAÚDE E AMBIENTE: QUESTÕES DE BIODIVERSIDADE

Aurea Maria Zöllner Ianni

As discussões sobre o meio ambiente estão situadas basicamente em torno de dois grandes eixos temáticos – a sustentabilidade e a biodiversidade. O presente texto corresponde a uma reflexão sobre a interface saúde e ambiente, tendo por referência a biodiversidade, linha de pesquisa ainda em fase exploratória e em construção no Instituto de Saúde

É consenso que o homem chegou a um patamar de presença no globo terrestre e intervenção na biosfera jamais vistas, comprometendo irreversivelmente em extensão e profundidade a vida na Terra. A grande maioria dos ambientalistas considera que foi o processo industrial que desencadeou uma prática social destrutiva sobre o ambiente. Somente a amplitude e gravidade dos problemas socioambientais que emergiram a partir dos anos 60 do século XX é que desencadearam o processo de constituição de uma consciência ambiental crítica e comprometida com as gerações presentes e futuras.

Fenômenos preocupantes também manifestam-se na saúde. Não são somente os riscos potenciais, constatam-se agravos crescentes à saúde e integridade individual e coletiva que têm produzido conseqüências devastadoras no conjunto das populações. É o caso da recrudescência das antigas infecções, o surgimento de novas e a degradação ambiental que põem em risco a sustentabilidade ecossitêmica mundial, com implicações diretas nas condições de saúde e sobrevivência das populações. Trata-se de uma crise ecológica *strictu sensu*.

Grande parte desses problemas é conseqüência direta de intervenções humanas sobre o ambiente, incluindo, por exemplo, os riscos de exploração de novos nichos ecológicos, as progressivas ondas migratórias de homens e mulheres por todas as partes do mundo, o desenvolvimento industrial exponencial, a falta de resolução dos problemas da fome e da desnutrição, o crescimento das

desigualdades sociais, as condições de vida das populações urbanas e rurais, as novas tecnologias, a bioengenheirização exacerbada dos alimentos e medicamentos, as resistências gênicas descontroladas, etc. (Kormondy; Brown, 2002). Estes inúmeros aspectos constituem fragmentos de um quadro único e complexo da saúde das populações em suas relações com o ambiente, e tais relações implicam questões de práticas – sociais, públicas, comunitárias, individuais – e questões de conhecimento – teóricos, científicos, empíricos, de senso comum.

Este contexto torna pertinente o estudo das intervenções do homem sobre o ambiente e suas populações. Uma dessas formas de intervenção são as ações de saúde, especialmente aquelas adstritas ao campo da Saúde Pública que, agindo sobre populações diversas – as humanas e as de animais, vírus, bactérias, etc. –, tornam-se uma prática social, um campo de conhecimento que vincula natureza e sociedade, biológico e social.

São os processos ecológicos, tecnológicos e culturais que, articulados entre si, determinam as formas de apropriação e transformação da natureza, e tais processos refletem valores e interesses sociais diversos bem como relações de poder conflitantes, que constituem uma expressão histórica das relações sociais e das formas de apropriação/re-apropriação da natureza. Por isso, problematizar os processos que provocaram ou provocam a destruição ou a conservação ecológica, significa problematizar aspectos fundamentais do fenômeno da biodiversidade.

O termo 'biodiversidade', contração de diversidade biológica, foi adotado na década de 80 do século XX por cientistas e ambientalistas que se inquietavam com a ação humana sobre os organismos vivos. Verificava-se uma intensa intervenção sobre a variabilidade das espécies vivas por meio de práticas de extermínio, recriação e transformação.

A biodiversidade, constituída pelos seres vivos, por seu material genético e pelos complexos ecológicos, envolve também os fluxos, os nexos, as articulações e as ações pelos quais esses seres se mantêm relacionados. A biodiversidade deve ser, portanto, percebida como um conjunto dinâmico e interativo que comporta os diferentes níveis e seres biológicos que sobrevivem na Terra. A manutenção dos

processos de evolução de todo o mundo vivo depende do desenvolvimento e equilíbrio da biodiversidade (Lèvêque,1999).

Na dinâmica ecológica, a freqüência de determinados seres vivos depende em grande medida da freqüência de outros seres vivos, sejam espécies vegetais, animais ou humanas. Também na saúde, a história de cada doença é dependente da história de todas as doenças, da história dos homens.

Os microorganismos, como os vírus e bactérias causadores de doenças, estão presentes em toda a parte. Eles não desapareceram do planeta quando europeus e americanos limparam seu território na era pós-industrial. Não desapareceram com a invenção de medicamentos, vacinas, antibióticos e agrotóxicos. Não desapareceram com campanhas sanitárias higienizadoras. Muitos agentes infecciosos são praticamente onipresentes no ambiente causando doenças somente em alguns casos e em alguns indivíduos.

"A maior parte da evolução ocorreu com o que repudiamos como 'micróbios'. Sabemos agora que todas as formas de vida evoluíram das menores formas de vida, as bactérias. Não precisamos aceitar bem este fato" (Margulis, 2001, p.12). No processo evolutivo a adaptação é um fenômeno de resistência ou de superação por meio de transformações que resultam numa nova condição biológica. Não há, portanto, microorganismo totalmente novo. Nenhum deles surge do nada. Microorganismos são causadores de doenças, mas são também fontes de inovação evolutiva.

É necessário que a área de saúde pública especifique o que significa controlar, eliminar ou erradicar uma doença. Eliminar é fazer com que uma doença deixe de existir? Ou é mantê-la ausente de determinado local? (Grmeck, 1995)

A Saúde Pública desenvolveu-se entre nós sob a égide de um sanitarismo estruturado no pensamento bio-médico para o qual o objeto principal era a supressão do risco de adoecer. As práticas sociais de saúde pública buscaram, dentro desses princípios, combater o agente etiológico causador de doenças, visando controla-lo ou erradica-lo por meio de ações extensivas em âmbito populacional.

Entretanto, a emergência, a re-emergência e a 'permanecência' de novas e velhas doenças, constitui-se num fenômeno socioambiental que coloca em xeque as bases desse pensamento. Vários desses

processos ecológicos e sociais desencadearam o atual desequilíbrio global. Muito se tem discutido a respeito dos ciclos complexos e dinâmicos do HIV/AIDS, tuberculose, dengue, febre amarela, malária, hantavírus, etc., todos eles relacionados à invasão de nichos ecológicos, degradação das condições de vida humana e poluição do planeta. Sabe-se hoje que o aquecimento da Terra - ponto de pauta da agenda ambientalista sobre as Mudanças Climáticas Globais - tem interferência direta na alteração do comportamento de várias espécies animais, dentre elas, por exemplo, os mosquitos da dengue e da febre amarela (Possas, 2001).

Olhar, portanto, as práticas em saúde pública através da ótica da biodiversidade levanta questões que implicam reposicionar essa 'zona de transição' entre o biológico e o social na saúde; enfrentando o limiar crítico das relações do homem com a natureza e dos homens entre si, das tênues fronteiras entre seres de espécies diferentes, seres de uma mesma espécie, seres sociais.

Referências bibliográficas

GRMECK M (1995). O enigma do aparecimento da AIDS. *Estudos Avançados*, v. 9, n. 24.

KORMONDY D; BROWN DE (2002). *Ecologia Humana*. São Paulo. Atheneu.

LÈVÊQUE C (1999). *A Biodiversidade*. Bauru. EDUSC.

MARGULIS L (2001). *O Planeta Simbiótico*. Rio de Janeiro. Rocco.

POSSAS C de A (2001). Social ecosystem health: confronying the complexity and emergence of infectious diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n.1, p. 31-41.

A DIMENSÃO PEDAGÓGICA NO TRABALHO DO PESQUISADOR

Ausonia Favorido Donato
Paulo Henrique Nico Monteiro

Uma das afirmativas mais cotidianas e freqüentes, seja em textos orais ou escritos, é a de que o Sistema Único de Saúde não se consolidará sem a efetiva qualificação e capacitação de seus recursos humanos.

Ao mesmo tempo nós, pesquisadores do Instituto de Saúde, nos deparamos em nosso dia-a-dia com convites para participarmos de cursos, oficinas, seminários, simpósios, treinamentos e outras modalidades pedagógicas, seja como expositores, professores ou organizadores.

Isto nos convida a refletir sobre a função social do Instituto de Saúde, como se dá a socialização dos resultados das nossas pesquisas e processos de trabalho junto a trabalhadores da saúde, gestores do sistema, comunidade científica e população em geral, visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Estão implicadas nessa situação duas dimensões que, embora indissociáveis, serão aqui separadas, visando melhor delimitação do tema: Uma é a dimensão ideológica, que não é objeto desse artigo, mas que pode ser problematizada com as seguintes perguntas: Em nome de que estamos compartilhando nosso conhecimento? Qual a nossa intenção ao socializar esses conhecimentos?

A outra dimensão, aqui tratada, é a dimensão pedagógica.

A socialização é um momento privilegiado de democratização do conhecimento produzido, assim como de produção de novos conhecimentos. No entanto, para que isso possa ocorrer, é necessário que seja significativa tanto para o pesquisador como para o público que está compartilhando, aprendendo, nesse momento.

A aprendizagem não ocorre de forma espontânea ou natural. Para que alguém aprenda, isto é, incorpore e se aproprie de conhecimentos, habilidades e mesmo posturas, podendo transferir essas aprendizagens para outras situações, é imprescindível pensar-se que toda ação

educacional deve ser intencional, diretiva e, portanto, planejada.

Com essas idéias, propomos pensarmos sobre as bases que sustentam nossas ações nas socializações. Afinal, ao elegermos determinados objetivos, conteúdos, técnicas e recursos a serem utilizados e, por vezes, critérios, sistemáticas e instrumentos de avaliação, estamos fazendo escolhas. Cabe-nos perguntar: em quais pressupostos nossas escolhas estão fundamentadas?

A socialização de conhecimentos é uma situação de ensino-aprendizagem. Queiramos ou não, nós pesquisadores assumimos o papel de professores na condução desse processo. Convém que nos expliquemos. Não é nossa intenção, até porque seria impossível e indesejável, que todos nos transformemos em pedagogos![1] Apenas convidamos o pesquisador/ professor a refletir sobre um dos pressupostos fundamentais, que possibilitará tornar suas "escolhas pedagógicas" mais conscientes: sua concepção de educação.

Apresentaremos, de forma sucinta, alguns aspectos das principais concepções de Educação, especialmente os concernentes aos papéis do professor, do aluno e do conhecimento, objetivando subsidiar a reflexão sobre nossa prática pedagógica. Não se trata, assim, de uma análise exaustiva e sistemática das concepções e teorias da Educação. Apenas anunciamos caminhos para uma possível análise crítica de nossa atuação como professores que, conscientemente ou não, somos no momento de socialização de nossas pesquisas.

O Professor Dermeval Saviani (1984), ao interpretar a questão da marginalidade relativa ao fenômeno da escolarização, apresenta o posicionamento das teorias educacionais diante dessa situação[2]: no que se refere à questão da marginalidade, as teorias educacionais podem ser classificadas em três grupos: teorias não-críticas, teorias crítico-reprodutivistas e teorias críticas. A distinção entre esses grupos reside na forma de compreender as relações entre educação e sociedade.

---

[1] Algum estranhamento poderá surgir na leitura desse texto - elaborado em uma instituição de saúde pública – diante de expressões como sala de aula, função da escola, provas e outras específicas do âmbito da educação formal. A explicação para a utilização dessa terminologia é de que as teorias referentes ao processo educacional foram elaboradas pensando-se exclusivamente no processo de escolarização. Daí ser essa nossa única referência.

[2] Trata de uma abordagem esquemática apresentando apenas algumas tendências atuais, sem levar em conta a perspectiva histórica que norteia tais tendências.

As teorias não críticas, por alguns denominadas de concepções redentoras de educação, de otimismo pedagógico, ou, ainda, de otimismo ingênuo, concebem a educação com grande margem de autonomia frente à sociedade e, portanto, procuram entender a educação por ela mesma. A sociedade é vista como um todo harmonioso, que pode apresentar alguns "desvios" - a serem corrigidos pela educação. A marginalidade é percebida como um desses desvios e a escola surge nesta perspectiva para "redimir" os marginais e equalizar a oportunidade social. A educação aqui não está ligada a qualquer classe social específica, mas serve indistintamente a todas.

São três as Pedagogias ou Escolas que contemplam as teorias não-críticas: Pedagogia Tradicional, Pedagogia Nova e Pedagogia Tecnicista.

Pedagogia Tradicional

No início do século XIX, surgem os sistemas nacionais de ensino, originalmente constituídos sob o seguinte princípio orientador: A Educação é direito de todos e dever do Estado.

Assumindo o poder com a Revolução Francesa e intencionando nele se consolidar, a burguesia defende a constituição de uma sociedade democrático-burguesa, fundada nos princípios da igualdade, fraternidade e liberdade. Para tanto é imprescindível vencer a barreira da ignorância. Somente assim seria possível transformar os súditos em cidadãos, indivíduos livres porque esclarecidos. Tal tarefa só poderia ser realizada através da escola.

Na nova sociedade burguesa, o marginal é o ignorante. A escola é vista como instrumento para resolver o problema da ignorância e, portanto, da marginalidade[3]; assim, o papel da escola é o de transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade.

Esta escola realça os modelos em todos os campos do saber. O professor é o responsável pela transmissão dos conteúdos, é o centro do processo educativo. Deve, portanto, ter domínio dos conteúdos fundamentais e ser bem preparado para a transmissão do acervo cultural.

---

[3] Nas relações escola - ignorância e marginalidade e escola - conhecimentos acumulados, seria necessário esclarecer o que é compromisso para "superar a ignorância" ou tão somente manutenção de uma perspectiva formadora imbuída de claros interesses de classe.

A experiência relevante que o aluno deve vivenciar é a de ter acesso democrático às informações, conhecimento e idéias, podendo, assim, conhecer o mundo físico e social. Enfatiza-se a disciplina intelectual, para o que se necessita de atenção, concentração, silêncio e esforço. A escola é o lugar por excelência onde se raciocina e o ambiente deve ser convenientemente austero para o aluno não se dispersar. O professor tem poder decisório quanto à metodologia, conteúdo e avaliação. Há a tendência de tratar os alunos igualmente: todos deverão seguir o mesmo ritmo de trabalho, estudar os mesmos livros-texto, no mesmo material didático e adquirir os mesmos conhecimentos.

Aqui, a concepção de educação é caracterizada como produto, já que estão pré-estabelecidos os modelos a serem alcançados. Pode-se afirmar que nesta pedagogia há uma redução do processo educativo a, exclusivamente, uma de suas dimensões: a dimensão do saber.

Retomemos as duas idéias principais desta pedagogia: a vocação de oportunizar a todos o acesso à escola, no sentido de transformar marginais (sinônimo de ignorantes) em cidadãos e a total autonomia da educação em relação à sociedade.

Pedagogia Nova

Já na primeira metade do século XX, educadores se põem veementemente a criticar essa Escola, considerando-a totalmente inadequada. Segundo esses críticos, a Pedagogia Tradicional não alcançou sua meta principal, ou melhor, nem todos os indivíduos tiveram acesso a ela, nem todos os que nela ingressaram foram bem sucedidos. E, além disso, nem todos os que foram bem sucedidos nessa escola se ajustaram à sociedade que se queria consolidar.

Dito de outro modo, esta escola falhou! Há que se mudá-la!

Surge um grande movimento, cuja expressão maior foi o Escolanovismo ou Escola Nova, buscando mudar toda a lógica da Pedagogia Tradicional. Inicialmente, o escolanovismo é implantado no âmbito de escolas experimentais.

Segundo a Pedagogia Nova, o marginalizado deixa de ser visto como o ignorante e passa a ser visto como o rejeitado. Alguém, segundo esta Escola, se integra socialmente não quando é ilustrado, esclarecido, mas quando se sente aceito pelo grupo.

É interessante registrar que as primeiras manifestações desse movimento se deram com crianças excepcionais e deficientes mentais, fora da instituição escolar. Lembremo-nos, por exemplo, da pediatra Maria Montessori e do médico Ovíde Decroly. Ambos preocupados com a individualização do ensino, com a estimulação às atividades livres concentradas, baseados no princípio da auto-educação. A partir dessas experiências, generalizam-se os procedimentos pedagógicos para todo o sistema educacional.

Queremos salientar, também, a influência da Psicologia para a Escola Nova, através do uso intensivo de testes de inteligência, personalidade, e da transposição quase mecânica da chamada Terapia Centrada no Cliente, de Rogers (1982), para a sala de aula. Daqui decorre o princípio norteador da Escola Nova: a não-diretividade e seus correlatos, como congruência, aceitação incondicional do aluno, respeito.

A educação atingirá seu objetivo - corrigir o desvio da marginalidade - se incutir nos alunos o sentido de aceitação dos demais e pelos demais. Contribui assim para construir uma sociedade em que seus membros se aceitem e se respeitem em suas diferenças.

Esta nova forma de entender a Educação leva a uma mudança, por contraposição à Pedagogia Tradicional, nos elementos constitutivos da prática pedagógica. Assim, o professor deixa de ser o centro do processo, dando o lugar ao aluno. O professor deixa de ser o transmissor dos conteúdos, passando a facilitador da aprendizagem. Os conteúdos programáticos passam a ser selecionados a partir dos interesses dos alunos. A técnica pedagógica da exposição, marca principal da Pedagogia Tradicional, cede lugar aos trabalhos em grupo, dinâmicas de grupo, pesquisa, jogos de criatividade. A avaliação deixa de valorizar os aspectos cognitivos, com ênfase na memorização, passando a valorizar os aspectos afetivos (atitudes) com ênfase em auto-avaliação.

Desloca-se o eixo do ato pedagógico do intelecto para o sentimento, do aspecto lógico para o psicológico. Desta forma, esforço, disciplina, diretividade, quantidade são substituídos por interesse, espontaneidade, não-diretividade, qualidade. Há, também, em decorrência desse ideário, uma mudança no "clima" da escola: de austero para afetivo, alegre, ruidoso, colorido. Reduz-

se assim o processo de ensino a uma de suas dimensões - a dimensão do saber ser.

Este tipo de Escola, devido ao afrouxamento de disciplina e à negligência com a transmissão de conteúdos, além de não cumprir o objetivo a que se propunha - tornar aceitos os indivíduos rejeitados - prejudicou os alunos das camadas populares que têm nela o único canal de acesso ao conhecimento sistematizado.

Acentuou-se o problema da marginalidade.

Pedagogia Tecnicista

Diante da constatação de que também a Escola Nova não cumpre seu objetivo, há que - mais uma vez - mudar-se a escola!

Não se percebe o marginalizado como o não informado (Pedagogia Tradicional), tampouco como o rejeitado (Escola Nova). Contudo, marginalizado passa a ser sinônimo de incompetente, ineficiente, improdutivo. Em conseqüência, as principais premissas desta Pedagogia são a eficiência, a racionalidade e a produtividade. O centro de ensino não é mais o professor nem o aluno, mas as técnicas. Daí o nome desta Pedagogia: Tecnicismo ou Escola Tecnicista. Partindo dela, reorganiza-se o processo educativo no sentido de torná-lo objetivo e operacional. As escolas passam a burocratizar-se. Exige-se dos professores a operacionalização dos objetivos, como instrumento para medir comportamentos observáveis; dissemina-se o uso da instrução programada, dos testes de múltipla-escolha, do tele-ensino e dos recursos audiovisuais.

A Tecnologia Educacional, por coerência, é a grande inspiradora desta Pedagogia Tecnicista, que é sustentada por um dos paradigmas da Psicologia: o comportamentalismo (ou behaviorismo) e também a informática, a cibernética e a Engenharia Comportamental.

Os comportamentalistas valorizam a experiência ou a experiência planejada como a base do conhecimento. Segundo Skinner, um dos principais representantes desta vertente, "a análise experimental do comportamento humano deveria, por natureza, retirar as funções anteriormente atribuídas ao homem autônomo e transferi-las, uma a uma, ao ambiente controlador". (Skinner, 1973, p. 155).

Mais uma vez o papel do professor é alterado: de transmissor de conteúdos e centro do processo na Pedagogia Tradicional, passa a

facilitador da aprendizagem, na Escola Nova; e, no tecnicismo, é um arranjador das contingências de ensino. Reduz-se aqui o processo educativo a uma de suas dimensões: dimensão do saber fazer.

Esta Escola também não conseguiu atingir a meta de transformar os marginalizados em indivíduos competentes, produtivos, para atuar no mercado. A razão para esse fracasso é a inexperiência de articulação direta entre a escola e o processo produtivo.

Teorias Crítico-Reprodutivistas

No final da década de 70, surge no cenário educacional um corpo de teorias denominadas crítico-reprodutivistas, que têm como baliza a percepção de que a Educação, ao contrário do que pensam as teorias não-críticas, sempre reproduz o sistema social onde se insere, sempre reproduz as desigualdades sociais. Seu nome, crítico-reprodutivista, advém do fato de, apesar de perceberem a determinação social da educação (críticas), consideram que esta mantém com a sociedade uma relação de dependência total (reprodutivistas).

Para os crítico-reprodutivistas, a Educação legitima a marginalização, reproduzindo a marginalidade social através da produção da marginalidade cultural, advindo daí o caráter seletivo da escola. Não é, portanto, possível compreender a Educação, senão a partir dos seus determinantes sociais.

Diferentemente das teorias não-críticas, as crítico-reprodutivistas não possuem uma proposta pedagógica; limitam-se às análises profundas da determinação social da Educação.

Como vimos neste breve recorte histórico, a questão da marginalidade permanece.

Teoria Crítica

A partir de 1980, alguns educadores têm-se colocado como questão: é possível uma visão crítica da Educação, ou seja, perceber os determinantes sociais da Educação e, ao mesmo tempo, entendê-la como instrumento capaz de superar o problema da marginalidade?

No sentido de dar resposta a esta questão, uma nova perspectiva vem sendo gestada: a teoria crítico-social dos conteúdos. Admite ser a Educação determinada pela sociedade onde está situada, mas admite também que as instituições sociais apresentam uma natureza

contraditória, donde há possibilidade de mudanças. Assim é que a Educação pode sim reproduzir as injustiças, mas tem também o poder de provocar mudanças.

Dentro desta perspectiva teórica, estamos num movimento que busca resgatar os aspectos positivos das teorias firmadas no cotidiano escolar (as teorias não-críticas), articulando-os na direção de uma transformação social. Assim, resgata-se da Pedagogia Tradicional a importância da dimensão do saber; da Escola Nova, a dimensão do saber ser, e da Pedagogia Tecnicista, a dimensão do saber fazer.

Em essência, sua proposta pedagógica traduz-se pelos seguintes princípios:

• o caráter do processo educativo é essencialmente reflexivo e implica constante ato de desvelamento da realidade. Funda-se na criatividade, estimula a reflexão e ação dos alunos sobre a realidade;

• a relação professor/aluno é democrática, baseada no diálogo. Ao professor cabe o exercício da autoridade competente. A teoria dialógica da ação afirma a autoridade e a liberdade. Não há liberdade sem autoridade;

• o ensino parte das percepções e experiências do aluno, considerando-o como sujeito situado num determinado contexto social;

• a educação deve buscar ampliar a capacidade do aluno para detectar problemas reais e propor-lhes soluções originais e criativas. Objetiva, também, desenvolver a capacidade do aluno de fazer perguntas relevantes em qualquer situação e desenvolver habilidades intelectuais, como a observação, análise, avaliação, compreensão e generalização. Para tanto, estimula a curiosidade e a atitude investigadora do aluno;

• o conteúdo parte da situação presente, concreta. Valoriza-se o ensino competente e crítico de conteúdos como meio para instrumentalizar os alunos para uma prática social transformadora.

A educação é entendida como processo de criação e recriação de conhecimentos. Professor e aluno são considerados sujeitos do processo ensino-aprendizagem. A apropriação do conhecimento é também um processo que demanda trabalho e disciplina. Valoriza-se a **problematização**, o que implica uma análise crítica sobre a realidade-problema, desvelando-a. É ir além das aparências e entender o real significado dos fatos.

Os principais representantes desta tendência pedagógica no Brasil são Paulo Freire (Freire, 1982), Dermeval Saviani (Saviani, 1984, 1991), José Carlos Libâneo (Libâneo, 1983, 1989) e Moacir Gadotti (Gadotti, 1983).

Concluindo

Esperamos ter oferecido a nós, pesquisadores/professores, alguns elementos que propiciem repensar o trabalho enquanto produtores e socializadores de conhecimento.

Ao encerrar, gostaríamos de fazer um outro convite: Pensemos sobre uma clássica questão que deve sempre acompanhar nosso fazer cotidiano: Que sentido e que significado têm nossas ações para a vida das pessoas com as quais interagimos e para a sociedade em geral?

Referências bibliográficas

FREIRE P (1982). *Educação como prática da liberdade*. 13 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

GADOTTI M (1983). *Concepção dialética da educação: um estudo introdutório*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, (Coleção Educação Contemporânea).

LIBÂNEO JC (1983). Tendências pedagógicas na prática escolar. ANDE, *Revista da Associação Nacional de Educação,* v. 3, n.6, p. 11-23.

LIBÂNEO JC (1989). *Democratização da escola públic*a (A pedagogia crítico-social dos conteúdos). São Paulo: Loyola.

ROGERS C (1982). *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte, Interlivros.

SAVIANI D (1984). *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política*. São Paulo, Cortez Autores Associados.

SAVIANI D (1991). *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. São Paulo, Cortez Autores Associados. (Coleção polêmicas do nosso tempo).

A EXPERIÊNCIA DOS APRIMORANDOS EM UM PROJETO PEDAGÓGICO INSTITUCIONAL

Sonia I. Venancio
Cláudia M. Bógus
Ana Ap. Bersusa,
Danae T. Conversani
M.Mercedes L. Escuder
Umberto C. Pessoto

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), criado em 1979, é um programa de formação profissional para a área da saúde no nível da pós-graduação *lato sensu*, mantido pelo governo do Estado de São Paulo sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde e administrado pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). O Programa sofreu ampliação significativa a partir de 1988, com a criação do CONFORPAS (Conselho Estadual de Formação Profissional da Área da Saúde), sendo que anualmente contempla mais de 1200 profissionais recém-formados (exceto médicos, para os quais existe o programa de residência médica), em mais de trezentos diferentes programas. Os objetivos do PAP são:

1) a complementação da formação universitária em aspectos da prática profissional não contemplados nos cursos de graduação;

2) a adequação da formação universitária à prestação de serviços de saúde voltados às necessidades da população;

3) a formação de profissionais com uma visão crítica e abrangente do sistema de saúde, que possam vir a atuar na implantação de um sistema de saúde universalizado, integrado, hierarquizado e regionalizado, voltado para a melhoria das condições de saúde da população e;

4) formação de profissionais especializados em uma área de atuação.[1]

---

[1] Mais informações sobre o PAP podem ser adquiridas no site http://www.fundap.sp.gov.br/pap/pap.sp)

O Instituto de Saúde, tendo como atividade central a pesquisa, tem desenvolvido o PAP com o objetivo de formar profissionais de diversas áreas (enfermagem, nutrição, psicologia, geografia, ciências sociais, etc), para investigação em Saúde Coletiva, com uma visão crítica e abrangente do SUS[2].

Nesse contexto, um dos pilares dessa formação tem sido a participação dos aprimorandos em disciplinas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva que têm como eixos as políticas públicas de saúde e a metodologia de pesquisa. O treinamento em serviço, princípio básico da proposta do Aprimoramento Profissional, que se dá através da prática assistencial em grande parte das instituições envolvidas como o PAP, tem um caráter diferenciado em nossa instituição, que privilegia a inserção dos aprimorandos em diferentes atividades relacionadas à pesquisa.

A história do PAP/Instituto de Saúde foi iniciada em 1979 e conduzida de forma fragmentada, ou seja, cada setor do Instituto se responsabilizava por programas específicos. Em 1984, no contexto da restruturação institucional, foi instituído um Programa voltado à área de Saúde Coletiva. Nessa nova experiência, foi elaborado um projeto pedagógico que tinha como eixo a Epidemiologia. O objetivo era formar indivíduos capazes de analisar criticamente o processo saúde-doença, os serviços e a política de saúde com base no método científico. O Programa caminhou com sucesso nos quatro anos subseqüentes, atravessou crises e foi desativado em 1990. Foi retomado em 1993 como primeiro passo de um projeto de recuperação institucional.

A Comissão de Aprimoramento do Instituto de Saúde, instituída em 1995, teve inicialmente a missão de envolver os pesquisadores da casa no projeto pedagógico (anteriormente desenvolvido por professores contratados) e definir uma estratégia para a inserção dos aprimorandos nos projetos de pesquisa da instituição. A estratégia adotada até o ano 2000 foi à participação dos aprimorandos em projetos ligados às várias linhas de pesquisa dos diferentes núcleos de investigação do Instituto de Saúde.

Cabe ressaltar que a proposta pedagógica do PAP tem sido

---

[2] Mais detalhes sobre o aprimoramento no Instituto de Saúde podem ser obtidos no site: www.isaude.sp.gov.br

construída, ao longo de todos esses anos, com base na avaliação e redirecionamento constantes, buscando contemplar as expectativas institucionais e dos aprimorandos. Como conseqüência desse processo, o Programa sofreu uma alteração significativa em 2001. Considerou-se que, sob o ponto de vista pedagógico, a proposta de inserção dos aprimorandos em diferentes projetos de pesquisa desenvolvidos no IS tinha alguns problemas, dentre os quais a falta de um eixo condutor para o programa, o trabalho desintegrado com o grupo e, especialmente, a falta de oportunidade de participação dos aprimorandos em projetos que proporcionassem um contato direto com os serviços de saúde e a realidade concreta do SUS.

Tendo em vista essa avaliação, passou-se a adotar outra estratégia pedagógica a partir de 2001: a inserção dos aprimorandos em um projeto institucional, sob a supervisão da Comissão de Aprimoramento.

Definiu-se como tema de investigação a avaliação do Programa de Saúde da Família, por possibilitar o envolvimento da maioria das linhas de pesquisa da instituição. A experiência é inovadora, pois o desenvolvimento de projetos matriciais não tem sido uma prática freqüente na instituição.

O projeto institucional tem como objetivo central avaliar o Programa de Saúde da Família com a finalidade de oferecer subsídios aos gestores municipais para a formulação, gestão e avaliação dessa política. A pesquisa foi estruturada a partir da problematização de questões trabalhadas pelos núcleos de investigação do IS, que resultaram em três eixos temáticos: avaliação do PSF à luz dos princípios do SUS, avaliação da capacitação das equipes de saúde da família e avaliação da atenção à saúde dos grupos de risco definidos pelo PSF (crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos). Optou-se por iniciar a avaliação no município de Francisco Morato, utilizando-se dos critérios de cobertura populacional do programa, tempo de implantação e interesse do gestor municipal.

Os aprimorandos participaram ativamente de todo o processo de elaboração do projeto e de instrumentos para a coleta dos dados, aplicaram entrevistas aos gestores e membros das equipes de saúde da família, realizaram grupos focais com agentes comunitários de saúde, aplicaram entrevistas domiciliares à população coberta pelo

programa, realizaram observação da rotina das unidades de saúde da família e atualmente encontram-se na fase de análise dos dados.

A implementação da proposta, até o momento, tem se mostrado interessante em vários aspectos, a começar pela maior integração entre aprimorandos, aprimorandos e pesquisadores e entre os próprios pesquisadores da casa. A definição de um objeto único de investigação tem propiciado a reflexão conjunta nos cursos e seminários temáticos. O período da coleta de dados possibilitou o contato dos aprimorandos com equipes de saúde da família e com a população, o que certamente lhes forneceu elementos importantes para o entendimento do programa no contexto em que está inserido.

A avaliação da nova proposta pedagógica é, portanto, bastante positiva. Sua continuidade depende, porém, de um envolvimento cada vez maior dos pesquisadores e da definição institucional do desenvolvimento de projetos matriciais como uma prioridade. Caso isso ocorra, o PAP terá cumprido não somente seu papel na formação de recursos humanos, mas também um importante papel na construção de um projeto coletivo do Instituto de Saúde.

GRUPO ONDAS: A CONSTRUÇÃO DA LINHA DE PESQUISA GÊNERO E ENVELHECIMENTO

Belkis Trench

"Há uma idade em que se ensina o que se sabe, mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem agora à idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe a sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência creio eu ,tem um nome ilustre e fora de moda que ousarei tomar aqui sem complexo, na própria encruzilhada de sua etimologia, sapientae: nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria e o máximo de sabor possível"

Roland Barthes

Conta-nos Michel de Certeau[1] que na Atenas contemporânea os transportes coletivos se chamavam metaphorai. Para ir ao trabalho ou voltar para casa, os atenienses tomavam uma metáfora – ônibus ou trem. Os relatos, sugere ele, poderiam ter igualmente esse belo nome: *"todo dia eles atravessam e organizam lugares,eles o selecionam e os reúnem num só conjunto; deles fazem frases e itinerários. São percursos de espaço"*.

Um relato também é uma espécie de despertador dos sentidos. Alerta, desloca e direciona o tráfego dos agenciamentos de acontecimentos na memória dando-lhes vazão, forma, movimento e sentido de direção. Como não temos controle sobre o tráfego destes acontecimentos, um relato vai se construindo mediante um conhecimento privado de procedimentos legíveis.Um relato vai tramando as suas raízes e incorporando à sua gênese um conhecimento então ausente em algo agora presente.

---

[1] Todo relato, também diz Michel de Certeau, "é um relato de viagem, uma prática de espaço(...)as estruturas narrativas têm valor de sintaxes espaciais(...). Não se contentam, por outro lado, em apenas deslocá-los e transpô-los para o campo da linguagem. De fato fazem a viagem,antes ou enquanto os pés a 'executam'" (Certeau, 1994, p.199-200).

Relatar uma experiência entre orientador e orientando significa não só se posicionar quanto à natureza desse vínculo como dele se apropriar e rememorar. A palavra orientador, derivada do latim oriente (*oriens-enti*), significa nascente:parte do horizonte onde o sol aparece quando nasce.

Orientar pressupõe um duplo movimento: dar amparo, colo, guarida, continência para que desponte um novo conhecimento e simultaneamente apontar a direção, o rumo, ser uma espécie de guia e levante para o saber fluir com o mínimo de dor e com o máximo de sabor.

O grupo Ondas[2] foi constituído para ser um espaço compartilhado de saber e conhecimento entre orientando e orientador. Dessa experiência de orientação em grupo, foram surgindo discussões coletivas de projetos[3] e muitas trocas intelectuais e afetivas entre os participantes. O interesse comum na temática gênero e envelhecimento, os projetos em andamento e a reflexão teórica e crítica que emerge desta troca de conhecimento possibilitam que o Grupo Ondas: estudo e pesquisa em gênero e envelhecimento possa se constituir em mais uma linha inserida na pós-graduação em infecções e saúde coletiva da CIP.

A relação ensino-pesquisa-orientação deve suscitar não só produção de conhecimento mas transformação entre sujeitos. O ato do conhecimento e o produto do conhecimento são indissociáveis. Todo conhecimento implica em auto-conhecimento. Da mesma forma, talvez possamos nos indagar sobre a reflexão de Boaventura de Souza Santos (1987)[4]: A qualidade do conhecimento afere-se pelo que ele controla ou faz funcionar no mundo exterior ou pela satisfação pessoal que dá a quem a ele acede e compartilha?

---

[2] Fazem parte do Grupo Ondas: Silvia Lígia Svezzia, Olga F. Kertzman, Eliane Kalmus, B. R. Paparelli.

[3] Projetos em desenvolvimento: Com regras sem pausas: imagens da mulher na menopausa em anúncios dos laboratórios farmacêuticos; A construção do envelhecimento feminino em unidades de saúde do Estado; A experiência do envelhecimento: em casa de ferreiro o espeto é de pau ?; Menopausa e qualidade de vida; Admirável lugar, no mundo dos velhos: construções de práticas hospitalares no envelhecimento.

[4] Boaventura Souza Santos, referindo-se a ciência do paradigma emergente afirma não só que ela é mais contemplativa que ativa, mas que a qualidade do conhecimento afere-se menos pelo que ele controla ou faz funcionar no mundo exterior do que pela satisfação pessoal que dá a quem ele acede e o partilha (1987).

Referências Bibliográficas

SOUZA SANTOS B (1987). *Um discurso sobre a ciência*. Porto, Afrontamento.

CERTEAU M de (1994). *A Invenção do Cotidiano*. Rio de Janeiro, Vozes.

QUEM SOMOS

Ana Aparecida Sanches Bersusa

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Pesquisadora Científica III. Atua na capacitação de enfermeiros para a sistematização do processo de trabalho em enfermagem, participando do PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Membro da Comissão de Ensino.

e-mail: anabersusa@ig.com.br

Ana Lúcia da Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica III. Integrante do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto da Saúde.

e-mail: ana.luciasilva@uol.com.br

Anna Volochko

Médica Sanitarista. Uma das primeiras coordenadoras do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Estado de São Paulo. Tem assessorado administrações federais, estaduais e municipais na implementação de programas visando reduzir a mortalidade materna.

e-mail : volochko@isaude.sp.gov.br

Ausonia F. Donato

Psicóloga e Pedagoga, Doutora em Educação e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É assessora pedagógica no Instituto de Saúde e no CEFOR - Centro de Formação do Trabalhador. Diretora Pedagógica do Colégio Equipe.

e-mail: ausonia@colegioequipe.g12.br

Aurea Maria Zöller Ianni

Cientista Social, Pesquisadora Científica II. Doutoranda em Ciência Ambiental pela Universidade de São Paulo. Trabalha na área de Saúde e Ambiente na perspectiva de uma interlocução interdisciplinar. Foi membro da Diretoria da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) por duas gestões.

e-mail: aureanni@isaude.sp.gov.br

Aurea Aparecida Eleutério Pasqualicchio

Médica Sanitarista, Acupunturista e Homeopata. Mestre em Ciência Ambiental e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

e-mail: aureapa@isaude.sp.gov.br

Belkis Trench

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora Científica II. Organizadora do Almanaque Zero (NEPAIDS/IS, 1998), docente e membro da Comissão de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Programa de Pós graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP/SES/SP. Coordenadora do Grupo Ondas.

e-mail: trenchb@isaude.sp.gov.br

Claudete Gomes dos Santos

Historiadora, com especialização em Educação em Saúde Pública, mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação da CIP/SES/SP . Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do IS.

e-mail: cgsantos@isaude.sp.gov.br

Cláudia Maria Bógus

Pedagoga, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com pós doutorado em Saúde Internacional (OPAS). Pesquisadora Científica III, docente do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP/SES/SP. Coordenadora da Núcleo de Investigação em Educação e

Saúde Pública do Instituto de Saúde e a Comissão de Aprimoramento em Saúde Coletiva do IS.

e-mail: claudiab@isaude.sp.gov.br

Danaé Teresinha Nogueira Conversani

Bióloga, com especialização em Educação em Saúde Pública. Pesquisadora Científica III. Coordenou a área de educação da SUCEN – Superintendência de Controle das Endemias, SES/SP, entre 1995 e 2001. Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Infeções e Saúde Pública CIP/SES/SP.

e-mail: danae@isaude.sp.gov.br

Daphne Rattner

Médica Sanitarista, Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte, EUA. Coordena o Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto do IS e integra a coordenação nacional da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa.

e-mail: daphne@isaude.sp.gov.br

Eliete Cândida Lima Cortez

Estatística e analista de Sistemas pela Fundação Armando Alvares Penteado – FAAP/SP. Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP. Mestranda em Gerenciamento de Sistemas de Informaçâo-PUC-Campinas/SP. Coordenadora do Núcleo de Informação e Documentação e Assistente de Direção do Instituto de Saúde desde 1999.

e-mail: ecortez@isaude.sp.gov.br

Ernesto Machado de Figueiredo

Psicólogo e graduando em Ciências da Computação (PUC/SP), especialista em Administração de Segurança (FGV/SP). Trabalha em desenvolvimento/implantação de sistemas de informação e na gerência de rede (LAN/WAN) do Instituto de Saúde, sendo o responsável pelo desenvolvimento do software do SISVAN/SP.

e-mail: leoni@isaude.sp.gov.br

Luís Eduardo Batista

Sociólogo, Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Paulista (UNESP- Araraquara). Pesquisador Científico III. É co-organizador do livro Pesquisas de Gênero: entre o público e o privado (UNESP/ Cultura Acadêmica Editora, 2000). Tem trabalhado na articulação teórica entre gênero e etnia e na construção de parcerias do Instituto de Saúde com ONG.

e-mail: ledu@isaude.sp.gov.br

Maria Cezira F. Nogueira Martins

Psicóloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora Científica III. Autora do livro Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde (Casa do Psicólogo, 2001). Coordenadora da comissão de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP/SES/SP.

e-mail: nogmart@dialdata.com.br

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Nutricionista, Doutora em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica VI. Diretora Técnica do Instituto de Saúde desde 1999. Coordenadora do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, da SES/SP. Presidiu a Comissão Científica da III Conferência Estadual de Saúde de São Paulo (2001).

e-mail: malu@isaude.sp.gov.br

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica III. Coordena o Núcleo de Investigação em Epidemiologia e é membro da Comissão de Aprimoramento do IS.

e-mail: mescuder@isaude.sp.gov.br

Marina Ferreira Rea

Médica Sanitarista, Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, com pós doutorado na Colúmbia University. Pesquisadora Científica VI. Consultora da OMS e do UNICEF na área de alimentação infantil e aleitamento materno. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do IS.

e-mail: marifrea@isaude.sp.gov.br

Marli Fernandes

Psicóloga, mestranda em Psicologia Social (PUC/SP), integra o Núcleo de Cidadania e Saúde Mental do Instituto de Saúde.

e-mail: marlif@isaude.sp.gov.br

Monique Borba Cerqueira

Cientista Social, doutoranda em Sociologia na Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP) . Pesquisadora Científica I. Participa do Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC, onde acompanha o projeto do "Mapa da Inclusão/Exclusão Social 2 da Cidade de São Paulo", coordenado pela Profª Aldaíza Sposati. Integra o Núcleo de Cidadania e Saúde Mental do Instituto de Saúde.

e-mail: monique@isaude.sp.gov.br

Paulo Henrique Nico Monteiro

Professor. Presta assessoria pedagógica para secretarias municipais de educação no Estado de São Paulo. Participou, como assessor pedagógico, da I Oficina de Saúde da Criança (SES/SP, 2001) e do I Simpósio da Saúde da Criança (SES/SP, 2002). Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Infeções e Saúde Pública CIP/SES/SP.

e-mail: nicomonteiro@aol.com

Sonia Isoyama Venancio

Médica Pediatra, Doutora em Saúde Pública pela FSP/ USP. Pesquisadora Científica III, e membro da comissão de Aprimoramento em Saúde Coletiva do IS. Trabalha com Epidemiologia da

Amamentação, realizando pesquisas sobre os treinamentos em aleitamento no âmbito da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e sobre nutrição infantil, mortalidade infantil e humanização da assistência ao nascimento e parto.

e-mail: soniav@isaude.sp.gov.br

Suzana Kalckmann

Bióloga, com Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – USP, Mestre em Epidemiologia pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Pesquisadora Científica IV. Trabalha no campo da saúde sexual e reprodutiva, com pesquisa, elaboração de materiais educativos e assessoria a intervenções. Coordenou o primeiro estudo sobre o preservativo feminino no Brasil.

e- mail: suzanak@isaude.sp.gov.br

Tânia Margareth Mezzono Keinert

Administradora, Doutora em Administração Pública pela FGV/SP, pós doutorado em Gestão de qualidade de Vida pela Universidade do Texas. Pesquisadora Científica III. Coordena o Núcleo de Investigação em Políticas Públicas de Saúde e é docente do Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP/SES/SP

e-mail: tkeinert@isaude.sp.gov.br

Teresa Etsuko da Costa Rosa

Psicóloga, doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP com o tema epidemiologia e envelhecimento. Pesquisadora Científica II.

e-mail: tererosa@isaude.sp.gov.br

Tereza Setsuko Toma

Médica Pediatra, Mestre em Saúde Pública pela FSP/USP. Pesquisadora Científica III. Coordena o Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança. Linha de pesquisa: aleitamento materno e saúde perinatal.

e-mail: ttoma@isaude.sp.gov.br

Umberto Catarino Pessoto

Cientista Social pela FFLCH-USP, Ex – aprimorando do Instituto de Saúde, é mestre em Integração da América Latina pelo PROLAM-USP. Pesquisador Científico II.

e-mail: ucpessoto@isaude.sp.gov.br

Vera Mercucci

Farmacêutica Sanitarista e Homeopata, membro da SOBRAVIME, mestranda em saúde coletiva no programa de pós graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP/SES/SP.

e-mail: vera.mercucci@bol.com.br

Wilza Villela

Médica, Doutora em Medicina Preventiva pela FMUSP. Assistente de Direção do Instituto de Saúde. Coordena o Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde Mental

e-mail: wilzavi@isaude.sp.gov.br

Yara Nogueira Monteiro

Historiadora, Doutora em Ciências pela FFLCH da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica IV. Coordena o Núcleo de Investigação em Memória e Saúde do Instituto de Saúde.

e-mail: yaranog@isaude.sp.gov.br

ISBN 85-88169-03-7

CIP
COORDENAÇÃO DOS
INSTITUTOS DE PESQUISA

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO