

# Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões



Organizadores:

Maria Mercedes Loureiro Escuder  
Maria Cezira Fantini Nogueira Martins  
Sonia Isoyama Venâncio  
Claudia Maria Bogus

Organizadores:  
Maria Mercedes Loureiro Escuder  
Maria Cezira Fantini Nogueira Martins  
Sonia Itoyama Venâncio  
Cláudia Maria Bogus

# Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões

Instituto de Saúde  
2000  
São Paulo

## Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões

Organizadores: Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cezira Fantini Nogueira Martins,  
Sonia Isoyama Venâncio, Claudia Maria Bogus  
(Comissão de Aprimoramento IS-SES/SP)

Projeto Gráfico: Belkis Trench e Nelson Francisco Brandão

Editoração eletrônica: Nelson Francisco Brandão

Revisão: FUNDAP - Fundação de Desenvolvimento Administrativo

Editores:

Comissão Editorial do Instituto de Saúde

Belkis Trench, Doris Lucia M. Lei, Luís Eduardo Batista, Paulo Roberto do Nascimento, Siomara  
Roberta de Siqueira, José Ruben de Alcântara Bonfim, Nelson Francisco Brandão, Aparecida  
Natalia Rodrigues e Silvia Maria Teixeira

ISBN n°: 85-88169-01-0 - Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN n°: 85-88169-02-9 - Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Elaborado por: Carmen Campos Arias Paulenas

Escuder, Maria Mercedes Loureiro

Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões/ organizado  
por Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cezira Fantini Nogueira Martins,  
Sonia Isoyama Venancio e Claudia Maria Bogus. São Paulo: Instituto de Saúde,  
2000.

92p. (Temas em Saúde Coletiva, 1)

1. Recursos humanos em saúde 2. Saúde coletiva 3. Educação em saúde  
4. Aprimoramento I. Escuder, Maria Mercedes Loureiro II. Martins, Maria  
Cezira Fantini Nogueira. III. Venancio, Sonia Isoyama. IV. Bogus, Claudia Maria.  
V. Comissão Editorial do Instituto de Saúde. VI. Série

Obra publicada pelo Instituto de Saúde

Secretário de Saúde:

José da Silva Guedes

Coordenador da CIP-Coordenação dos Instituto de Pesquisa:

José da Rocha Carvalheiro

Diretor do Instituto de Saúde:

Maria Lucia Rosa Stefanini

Comissão de Aprimoramento do Instituto de Saúde:

Maria Mercedes Loureiro Escuder  
Maria Cezira Fantini Nogueira Martins  
Sonia Itoyama Venâncio  
Claudia Maria Bogus

Comissão Editorial do Instituto de Saúde:

Belkis Trench  
Doris Lucia M. Lei  
Luís Eduardo Batista  
Paulo Roberto do Nascimento  
Siomara Roberta de Siqueira  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Nelson Francisco Brandão  
Aparecida Natalia Rodrigues  
Sílvia Maria Teixeira

Projeto Gráfico e Capa:

Belkis Trench  
Nelson Francisco Brandão

Editoração e Composição:

Nelson Francisco Brandão

Revisão:

FUNDAP Fundação de Desenvolvimento Administrativo

Impresso no Brasil

ISBN n°: 85-88169-01-0

ISBN n°: 85-88169-02-9



Rua Santo Antonio 590 - Bela Vista  
S. Paulo-SP Cep: 01314-000

Ano/2000



## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

*Maria Lucia Rosa Stefanini* ----- 7

### PREFÁCIO - UM INSTITUTO EM BUSCA DE SUA IDENTIDADE

*José da Rocha Carvalho* ----- 9

### O PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: UMA EXPERIÊNCIA ESTADUAL NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

*Eduardo Izumino, Paula Regina Di Francesco Picciafuoco, Mari Shirabayashi* ----- 11

### A CONSTRUÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO ----- 17

A participação dos pesquisadores na condução dos módulos teóricos

*Cláudia Maria Bógus* ----- 19

O trabalho com os grupos

*Maria Ceçira Fantini Nogueira Martins* ----- 21

Desenvolvimento de projetos de pesquisa: uma grande conquista e um constante desafio

*Sonia Isoyama Venâncio* ----- 24

Recebendo alunos de outros programas de aprimoramento,

*Maria Mercedes Loureiro Escuder* ----- 26

### SUBSÍDIOS TEÓRICOS ----- 29

A concepção de saúde coletiva

*Virginia Junqueira* ----- 31

A epidemiologia e a Interdisciplinaridade

*José da Rocha Carvalho* ----- 33

Um convite ao exercício da transdisciplinaridade

*Sandra Maria Greger Tavares* ----- 35

Qualificar ou quantificar?

(refletindo sobre a escolha da abordagem metodológica na pesquisa em saúde)

*Wilza Villela* ----- 38

Saúde em movimento: construindo políticas

*Paulo Roberto Nascimento* ----- 40

### RESULTADOS DO PROGRAMA: RELATOS DE PESQUISAS DE APRIMORANDOS --- 43

Prostituição e trabalho: um estudo sobre a visão de mulheres de programa

*Claudia de Almeida Ortega* ----- 45

Oficinas de criatividade no contexto da saúde coletiva:

análise de uma estratégia de promoção de saúde

*Claudia Sampaio* ----- 51

Profissionais do sexo e profissionais de saúde: um estudo realizado na região central de São Paulo <i>Cristiane A. Alves Oliveira</i> -----	55
Unidade Básica de Saúde – Espaço e poder: o caso do PAM Bela Vista <i>David da Silva Pereira</i> -----	58
Considerações sobre a imagem corporal de portadores de hanseníase usuários do serviço de dermatologia sanitária <i>Paula Licursi Prates</i> -----	62
A terceira idade em movimento <i>Roberta Cristina Boaretto</i> -----	64
Humanização: ser humano e arquitetura <i>Valéria de Mattos Soares</i> -----	67
<b>A REFLEXÃO DOS PESQUISADORES</b> -----	71
O aprimoramento da pesquisa em saúde coletiva: um grande desafio <i>Luíza Sterman Heimann</i> -----	73
A formação do professor <i>Carlos Botazzo</i> -----	74
O fio e o novelo <i>Daphne Rattner, Marinês Martins Miranda, Valéria de Mattos Soares</i> -----	77
Educação em saúde: um trabalho realizado no Instituto de Saúde <i>Ausonia Favorido Donato</i> -----	80
<b>DEPOIMENTOS DE EX-APRIMORANDOS</b> -----	85
Aprimoramento em saúde <i>Jucilene Leite da Rocha</i> -----	87
Novos caminhos <i>Simone Ribeiro Spinetti</i> -----	89
Formação para a construção da cidadania: a experiência de aprimoramento em saúde coletiva no Instituto de Saúde <i>Leny Sato</i> -----	91
Um pesquisador: as trajetórias de um efeito ou vide anverso <i>Umberto Catarino Pessoto</i> -----	93

## APRESENTAÇÃO

Maria Lucia Rosa Stefanini

*Diretora do Instituto de Saúde e*

*Pesquisador Científico VI do Núcleo de Investigação em Nutrição*

Esta publicação tem um significado especial, pois registra uma conquista institucional, em que a tarefa de formar recursos humanos em saúde coletiva para os serviços de saúde e para a pesquisa deixou de ser meta da direção do Instituto de Saúde e passou a ser incorporada pelo conjunto de pesquisadores mobilizados pela Comissão de Aprimoramento.

A história do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) – promovido pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e desenvolvido no Instituto de Saúde (IS) – é marcada por diferentes formas de condução, em vinte anos de existência. Nos primeiros quatro anos (1979-82), o PAP foi desenvolvido de modo fragmentado: cada setor da Instituição se responsabilizava por programas específicos para seus aprimorandos.

No contexto da reestruturação institucional promovida sob a liderança do professor José da Rocha Carneiro, que revolucionou o IS em 1984, foi instituída uma nova experiência na formação de recursos humanos, que fez com que o PAP se voltasse a áreas específicas da saúde coletiva.

A coordenadora pedagógica do Programa, Ausonia Favorido Donato, organizou um curso que tinha como eixo a Epidemiologia,

informada pelas disciplinas de Sociologia, Estatística e Ciências Sociais. 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 subsequentes, mas atravessou, a seguir, crises institucionais, até ser desativado em 1990.

Ao retornar ao IS em 1993, o professor Carneiro iniciou a recuperação do Programa de Aprimoramento, definindo-o como primeiro passo de um projeto de reconstrução institucional que incluiu a abertura de concurso para a carreira de pesquisador científico e o estabelecimento de três pilares, representados pelas Comissões Científica, Editorial e de Aprimoramento.

A Comissão de Aprimoramento tornou-se responsável pelo atual projeto de Aprimoramento em Saúde Coletiva. Essa Comissão de Ensino – composta de pesquisadores que ingressaram na carreira em 1995 – reformulou o Programa e envolveu os núcleos de pesquisa da Instituição e seus pesquisadores na elaboração dos módulos teóricos e na condução dos estágios práticos no campo da pesquisa, em diferentes áreas da saúde coletiva.



Um dos produtos da atuação dessa Comissão é esta publicação, que mostra a construção do atual modelo pedagógico, explicitado através dos textos dos componentes da Comissão de Ensino.

A maior inserção dos aprimorandos no contexto institucional, como decorrência do envolvimento de seus quadros na coordenação dos módulos teóricos, é tratada no texto de Cláudia Maria Bógus.

A técnica de trabalho com grupos, utilizada para acolher os aprimorandos do primeiro ano – descrita no artigo de Maria Cezira F. N. Martins –, tem trazido resultados positivos no desempenho dos aprimorandos e na inter-relação deles com a Instituição.

Sonia I. Venancio relata a experiência da Comissão no desenvolvimento de projetos individuais de pesquisa, em que os aprimorandos são orientados por pesquisadores do IS.

Ainda nesse módulo de construção pedagógica, Maria Mercedes L. Escuder descreve um dos resultados gratificantes do curso oferecido aos aprimorandos do IS: a extensão das disciplinas básicas a aprimorandos de outras instituições.

A publicação apresenta, ainda, os conteúdos teóricos que são ministrados no curso e que dão suporte à elaboração e à execução de projetos na área de saúde coletiva.

Como afirmação do modelo adotado, são apresentados os trabalhos de aprimorandos que vivenciaram a proposta e os relatos de alguns pesquisadores do IS que acompanharam todo o processo histórico e que ainda participam da formação, para demonstrar a inserção e o compromisso do quadro institucional com o Programa.

Por fim, nada é mais gratificante do que o registro de alguns ex-aprimorandos, que transmitem suas experiências e as inquietações originadas no Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva, sinalizando para a formação de profissionais com consciência crítica.

Esta publicação mostra, assim, que a evolução do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva é dinâmico e contribui tanto para o desenvolvimento institucional como para a formação de excelentes profissionais. Resta-nos, apenas, a tarefa de encontrar meios de absorvê-los no setor público e capitalizar, com isso, esse investimento.

## PREFÁCIO

### UM INSTITUTO EM BUSCA DE SUA IDENTIDADE

José da Rocha Carvalheiro

*Coordenador dos Institutos de Pesquisa (CIP)  
da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo*

Quem quiser formar uma opinião a respeito do que foi o desenvolvimento recente do trabalho no Instituto de Saúde, pode fazê-lo acompanhando os caminhos tortuosos de seu programa de aprimoramento para profissionais de nível superior. Tendo pouco mais que trinta anos de existência, o Instituto oferece este tipo de treinamento há aproximadamente vinte. Iniciou-se da mesma forma que os demais programas de aprimoramento: treinamento em serviço para profissionais não médicos, de maneira complementar ao programa de residência médica. Uma espécie de “residência para não médicos” em exercício na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Um programa inovador e precursor do que viriam a ser as propostas posteriores de especialização, culminando com a recente idéia de “mestrado profissionalizante”. Mas, em sua origem, destinado apenas a ser um contraponto ao que se passava nos hospitais escola: ao mesmo tempo ensinavam e se beneficiavam do trabalho, mal remunerado e sem vínculo empregatício nem garantia de encargos sociais, de médicos já formados.

Não deve portanto causar espanto a maneira pouco clara como foi conduzido o programa de aprimoramento ao longo desses vinte anos. Salvo raros e preciosos momen-

tos de lucidez, nunca teve um verdadeiro projeto pedagógico fundado em sólidos pressupostos teóricos e metodológicos, valorizando ao mesmo tempo os objetivos finais da formação de quadros para atuar em todos os níveis dos serviços. Ambas as idéias foram eventualmente colocadas em prática, mas não simultaneamente. Nas origens, à semelhança de outros programas de aprimoramento de instituições da Secretaria, aprimorando recrutavam-se para exercer tarefas de técnicos em laboratórios de pesquisa e prestação de serviços diagnósticos, então também existentes no Instituto de Saúde. Estava, de certa maneira, contemplado o objetivo de servir à instituição, sem no entanto configurar verdadeiro projeto pedagógico. Este, em determinado período, foi muito claro porém nada o diferenciava dos esforços do mundo acadêmico, especialmente em sua falta de objetividade na formação de quadros institucionais. A crise chegou a ponto de ter sido proposta e adotada a extinção do programa de aprimoramento, o que se manteve durante anos.

Em sua reativação, a partir de 1994, o programa custou a encontrar seu caminho, no que não diferiu do próprio Instituto, também ele ameaçado de extinção, em busca de uma identidade e lutando por sua sobrevi-

vência. Ao jovem grupo que assumiu a condução do programa em anos recentes deve-se creditar os avanços nesse sentido. A difícil construção do SUS exige, cada vez mais, a formação de quadros técnicos capazes de exercer o verdadeiro papel de gestores, em todos os níveis da gestão. Que saibam não apenas operar, implementar e desenvolver técnicas assistenciais e gerenciais no interior do SUS. Que aprendam, sobretudo, a analisar e respeitar uma espécie de “pensamento crítico consentido”, absolutamente indispensável

para o avanço na construção do SUS. Pode ser que essa visão esteja no horizonte dos núcleos acadêmicos de formação de novos quadros, porém nenhum deles tem o que dá ao Instituto de Saúde uma posição privilegiada: pertencer à própria estrutura da administração direta, pertencer à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse sentido, pesquisa-ação não será nele apenas uma dentre tantas possibilidades de apreensão da realidade, é da sua própria essência.

# O PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: UMA EXPERIÊNCIA ESTADUAL NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

Eduardo Izumino

*Sociólogo, mestre em Sociologia e técnico em Desenvolvimento Organizacional, na Fundap*

Paula Regina Di Francesco Picciafuoco

*Socióloga e técnica em Desenvolvimento Organizacional, na Fundap*

Mari Shirabayashi

*Socióloga e técnica em Planejamento e Gestão, na Fundap*

## Introdução

O Programa de Bolsas para Aprimoramento de Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior que Atuam na Área da Saúde foi criado pelo Decreto Estadual n. 13.919, de 11/9/79, que encarregou a Fundap de administrar o pagamento de bolsas do PAP, criou uma comissão especial para gerenciá-lo e traçar suas diretrizes e indicou as instituições que inicialmente participariam do programa.

Desde a sua origem, o PAP contemplava várias atividades de treinamento na forma de estágios práticos, voluntários e não-remunerados, que ocorriam principalmente nos institutos de pesquisa ligados à Secretaria da Saúde (Instituto Butantan, Instituto Adolfo Lutz etc.), os quais foram os primeiros a utilizar o PAP. Paulatinamente, outras instituições que mantinham programas de treinamento em serviço nas diversas áreas profissionais envolvidas no setor saúde foram incorporadas ao PAP. Com a criação do Conselho Estadual de Formação Profissional da Área de Saúde (Conforpas), pelo Decreto Estadual n. 28.495, de 15/6/88, e o credenciamento

de outras instituições, o número de bolsas concedidas foi de mais de 1200 por ano.

O crescimento do PAP foi consequência, também, da evolução do sistema de saúde. O quadro das profissões de saúde (não-médicas em especial) no setor público<sup>1</sup> conheceu, durante o período, notável crescimento (ao menos no Estado de São Paulo), impulsionado, ao que parece: pela adoção do princípio da atenção integral à saúde da população; pela transformação do papel do sistema de saúde; e pelo desenvolvimento tecnológico. Esse quadro reflete, dentre outros aspectos, a tentativa de se adotar um enfoque multidisciplinar e multiprofissional e de se criarem programas de prevenção e de complementação à prática médico-curativa ou de assistência à saúde, bem como o aperfeiçoamento das atividades de apoio terapêutico e de apoio ao diagnóstico ligadas ao aumento da demanda e/ou ao desenvolvimento tecnológico e às atividades de vigilância à saúde.

---

<sup>1</sup> Entende-se por setor público, no caso, tanto as instituições públicas governamentais quanto as de caráter público, mas não-governamentais.

Outro fator que impulsionou o crescimento do PAP foi o fato de o setor saúde (público ou privado) do Estado de São Paulo estar relativamente bem-aparelhado, em especial no que tange ao número de equipamentos e à qualidade das instituições mantidas pelo governo estadual ligadas à SES, às três universidades do Estado (Unesp, Unicamp e USP) e a outras instituições de ensino superior – locais privilegiados para a formação profissional. É importante destacar o papel em transformação dos municípios, a partir da fixação, pelo SUS, da esfera municipal como a principal prestadora de serviços de saúde.

Apesar de estar diretamente inserido na rede de serviços de saúde – e, portanto, no contexto de todas as crises e dificuldades do setor –, o PAP conseguiu crescer e despertar o interesse de considerável parcela de profissionais recém-formados e instituições, graças aos responsáveis pela programação oferecida (supervisores dos diferentes programas). Com efeito, houve, por parte dos diferentes governos estaduais, significativo interesse em dar continuidade, aperfeiçoar e fazer crescer o PAP, enquanto investimento na formação de recursos humanos para o setor.

Há ainda outro aspecto que explica a evolução do PAP: suas características e seus ob-

jetivos sintonizados com as diretrizes do SUS na questão da formação de recursos humanos.

### **Objetivos e Características**

O PAP é definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada ao treinamento para a prática profissional das várias categorias que integram os serviços de saúde. Os diferentes programas oferecidos para cada categoria ou área profissional da saúde (enfermagem, psicologia, nutrição, análises clínicas, odontologia, serviço social, reabilitação, saúde pública e saúde coletiva, multiprofissional etc.) são baseados no princípio do *treinamento em serviço*, sob supervisão direta de profissionais qualificados, com no mínimo o título de mestre ou três anos de experiência. Os programas do PAP são concebidos pelas instituições; cerca de 80% da carga horária de quarenta horas semanais são dedicados à prática profissional, com a prestação direta ou indireta de serviços à população.

Por meio dessa metodologia de ensino, o PAP procura atingir os seguintes objetivos:

- complementar a formação universitária em aspectos da prática profissional não contemplados nos cursos de graduação;

- adequar a formação universitária à prestação de serviços de saúde voltados às necessidades da população;
- formar profissionais com uma visão crítica e abrangente do sistema de saúde, que possam vir a atuar como agentes na implantação de um sistema de saúde universalizado, integrado, hierarquizado e regionalizado, voltado a melhorar as condições de saúde da população;
- formação de profissionais especializados numa área de atuação.<sup>2</sup>

São oferecidas vagas em mais de trezentos diferentes programas, vários dos quais multidisciplinares, cada um deles com um ou dois anos de duração. A bolsa oferecida tem valor equivalente ao salário do profissional contratado pela rede estadual, em início de carreira. O montante de recursos destinados ao pagamento das bolsas do PAP é de cerca de R\$ 4 milhões ao ano. São contemplados os programas avaliados em conformidade com os objetivos gerais do Programa, com prioridade para aqueles que demonstram boas condições de desenvolvimento e/ou se destacam pela sua relevância em relação às necessidades de saúde da população.

---

<sup>2</sup> A respeito, ver Fundap (1992).

Convém ressaltar que não se trata de um programa de fomento à pesquisa, mas de um programa de qualificação profissional em nível de pós-graduação, isto é, o PAP visa a dar ao bolsista um aprendizado ligado à prática profissional dentro dos serviços de saúde.

Outro aspecto a destacar é a avaliação do PAP pelos bolsistas e supervisores feita anualmente, desde 1987, pela Fundap. Visando a instrumentalizar a administração do Programa pelo governo estadual através dos seus gestores, a atividade tem por objetivo abordar os aspectos relativos ao funcionamento do PAP, através da avaliação dos diferentes programas feita pelos agentes diretamente responsáveis por sua concepção e execução (que são os supervisores) e pelos “clientes” do programa (os aprimorandos).

O PAP é, portanto, um programa de bolsas de formação profissional para a área da saúde, em nível de pós-graduação, mantido pelo governo do Estado de São Paulo, sob a responsabilidade da SES, executado por diversas instituições ligadas ao SUS e administradas pela Fundap. Ao lado do Programa de Residência Médica, o PAP busca contribuir para a ordenação e o planejamento da formação de recursos humanos de nível superior e para a elevação dos padrões de atendimento à saúde da população.

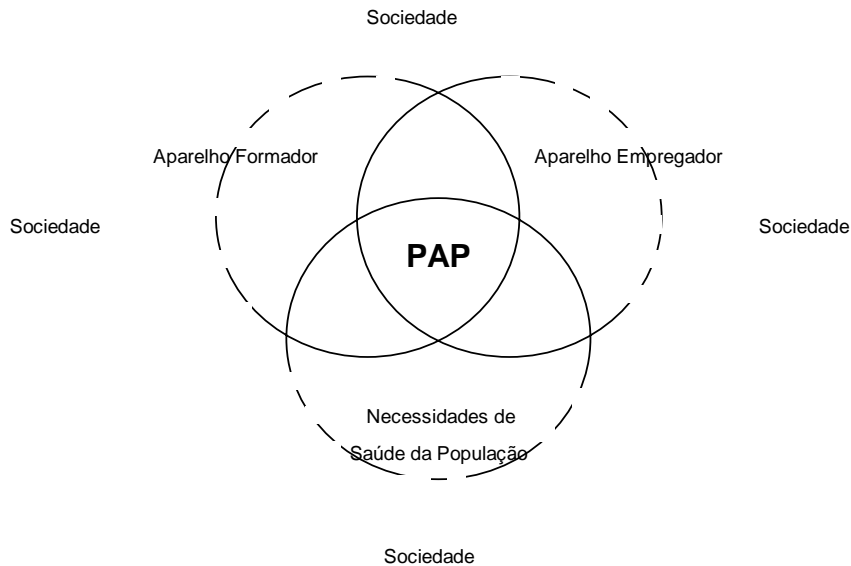
## Diagrama Esquemático do PAP

O PAP propõe-se, conceitualmente, a formação profissional em nível de pós-graduação, voltada para a elevação dos padrões de qualidade da prestação dos serviços de saúde,

articulando as suas dimensões e potencializando os recursos socio-institucionais existentes. Uma representação esquemática *ideal* pode ser vista na Figura 1.

**Figura 1**

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL - PAP  
DIAGRAMA ESQUEMÁTICO DO PAP



Fonte: Fundap. Programa de Bolsas de Aprimoramento Profissional

O diagrama ilustra idealmente o posicionamento do PAP como sendo resultante das superposições das três dimensões: as necessidades de saúde da população; o aparelho formador; e o aparelho empregador.

O centro, na superposição dos três arcos, é o lugar ideal de uma proposta como a do PAP, que deve desenvolver-se em instituições públicas que sejam, ao mesmo tempo, formadoras (no nosso caso, as instituições de ensino superior, que fornecem habilitações profissionais reconhecidas, tais como as faculdades e universidades) e empregadoras (o conjunto dos serviços envolvidos com a prestação direta e indireta de serviços de saúde, desde postos e centros de saúde, hospitais gerais e especializados, serviços de diagnósticos, vigilância sanitária e epidemiológica etc., hierarquizados segundo o nível de complexidade) de recursos humanos.

Os aspectos são representados como figuras abertas, denotando constante interação com a sociedade mais ampla. Esse diagrama é ideal porque, na realidade, os três arcos se apresentam quase como dimensões separadas e com dinâmicas autônomas (Shirabayashi, 1995), isto é, as ações do aparelho formador estão separadas das ações do aparelho empregador e ambas, das necessidades de saúde da população. Embora o

modelo de atenção à saúde do SUS preveja que as ações estejam integradas, ainda falta, de fato, melhor articulação entre esses aspectos. A superação desses obstáculos depende, dentre outros aspectos, de sua compreensão pelos profissionais envolvidos. O PAP, enquanto um programa de formação profissional que considera fundamental a articulação das três dimensões apontadas, busca reforçar essa compreensão.

Portanto, o PAP visa – através de seus objetivos gerais, de sua metodologia, de seu modelo de gestão colegiada, e seus sistemas de avaliação – não só a reproduzir a excelência técnica das instituições envolvidas, mas também a ir ao encontro das diretrizes de formação de recursos humanos, procurando oferecer uma alternativa para a relação articulada entre as dimensões: aparelho formador, aparelho utilizador e necessidades de saúde. Em relação ao aparelho formador, o PAP oferece a imprescindível experiência prática, de contato com a atividade profissional nos serviços de saúde, aspecto em geral não contemplado ou aprofundado pelas faculdades e universidades. A formação dirigida às condições de saúde da população, mediante a prática profissional, procura aproximar ambos os aparelhos das necessidades de saúde da população. Em relação ao último as-



pecto, a busca da visão profissional crítica e abrangente do sistema se dá como consequência necessária ao contato com a realidade dos serviços e do ideal da formação do profissional, enquanto sujeito e agente de seu próprio trabalho, e da implantação do SUS.

### Referências Bibliográficas

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo (1986) *Problemática dos recursos humanos em saúde no Estado de São Paulo* – relatório final. São Paulo.

(1992) *Programa de aprimoramento profissional – manual de procedimentos técnicos e administrativos*. São Paulo.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (1989) Sistema Único de Saúde: Diretrizes para

formulação de Política de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria Geral/ Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. 63p

PICCIAFUOCO, Paula Regina Di Francesco; IZUMINO, Eduardo A. (1996) *Ex-aprimorandos: Onde estão e o que fazem?* São Paulo: FUNDAP. (Documentos de Trabalho, 70)

SHIRABAYASHI, Mari (coord.) (1995) 1979-1994: 15 anos do programa de aprimoramento profissional: Seminário comemorativo. São Paulo: FUNDAP. (Documentos de Trabalho, 68)

A construção do projeto pedagógico



## A PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES NA CONDUÇÃO DOS MÓDULOS TEÓRICOS

Cláudia Maria Bógus

*Membro da Comissão de Aprimoramento e*

*Pesquisador Científico III do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde*

Em 1996, o Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde passou por um processo de reestruturação que incluiu a seleção dos alunos, o planejamento e a organização dos módulos teóricos que compõem o primeiro ano do curso, com a participação dos alunos em projetos de investigação desenvolvidos pelos núcleos do Instituto e a elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Em 1997, foi constituída, nos moldes vigentes até hoje, a Comissão de Aprimoramento do Instituto de Saúde, responsável pelo Curso de Aprimoramento. Essa Comissão, dentre outras inovações, consolidou uma nova estrutura para o primeiro ano do curso, segundo a qual a responsabilidade por todos os módulos teóricos passava a ser de técnicos da instituição, o que correspondia a uma antiga demanda no sentido de valorizar e incorporar ao curso os técnicos do Instituto, em suas áreas específicas de conhecimento e por sua prática em saúde coletiva.

Passados três anos, considera-se esse modelo muito benéfico, tanto por seu conteúdo como também por favorecer a integração dos aprimorandos, na Instituição.

Para a Comissão de Ensino, a experiência tem sido bastante produtiva, pois facilita a organização do curso, uma vez que os técni-

cos envolvidos estão próximos, compreendem a proposta adotada e, por isso, se comprometem com a coordenação dos módulos teóricos.

Para os vários pesquisadores que participam conosco dessa experiência, seja como coordenadores e/ou como docentes, o resultado tem sido positivo, pois garante um espaço para a divulgação de suas atividades e conhecimentos, para a interlocução com profissionais recém-formados de diferentes áreas e para a reflexão contínua sobre a teoria e a prática.

Esses ganhos deverão ser ampliados a partir deste ano, pois o Instituto passa a oferecer o acesso a algumas das disciplinas do primeiro ano para aprimorandos de outras instituições da área da saúde, que mantêm convênio com a Fundap. Pode-se considerar isso como o reconhecimento e a valorização de uma experiência que está dando certo. E o Instituto de Saúde alcança assim maior visibilidade com o trabalho que desenvolve e graças ao potencial de seus técnicos.

O currículo programático desenhado para o primeiro ano do Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva, para o biênio 2000-2001, inclui as disciplinas de: Dinâmica de Grupo; Introdução à Informática; Introdução à Saúde Coletiva; Políticas Públicas de

Saúde; Saúde e Sociedade; Epidemiologia; Metodologia Qualitativa de Pesquisa; Promoção da Saúde; Planejamento Estratégico; e Elaboração de Projetos de Pesquisa. Esse currículo é diferente daqueles estruturados em anos anteriores, e que foram oferecidos para os aprimorandos nos biênios 1997-98, 1998-99 e 1999-2000, isto porque o processo de avaliação do curso tem sido contínuo e procura atingir o equilíbrio adequado entre as demandas institucionais, expressas

na definição de suas linhas de pesquisa, e a diversificada formação anterior dos alunos. Além disso, coordenadores e/ou docentes têm, de modo constante, aprimorado e incrementado os módulos teóricos sob sua responsabilidade, de acordo com seus próprios avanços profissionais.

## O TRABALHO COM OS GRUPOS

Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

Membro da Comissão de Aprimoramento e

Pesquisador Científico III do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde

A longa experiência com grupos e instituições da área da saúde (trabalhando ora com profissionais, ora com alunos, ora com usuários do sistema de saúde) terminaram por solidificar, em meus parâmetros profissionais e operativos, a importância de verificar, perceber e cuidar, no âmbito da dimensão institucional, dos aspectos da verticalidade (histórias individuais), da horizontalidade (histórias dos grupos) e da transversalidade (inserção dessas histórias no contexto e na trajetória institucional).

A tarefa a que me proponho neste texto é transmitir alguns elementos que norteiam minha prática com grupos e instituições, mesclados com considerações específicas sobre a ação psicoprofilática realizada no Curso de Aprimoramento.

O grupo psicológico é aquele em que os membros, em determinado período, estabelecem uma interação sistemática. As pessoas se conhecem, se identificam (ao mesmo tempo em que se diferenciam) e têm uma percepção coletiva de sua unidade. A estruturação e a organização do grupo psicológico dão-se pela convivência e pelo compartilhar de atividades comuns, o que resulta em uma dimensão grupal que, mais do que a soma das partes, é a integração de distintos elementos, que constituem uma tota-

lidade *gestáltica*. O grupo psicológico difere, portanto, do ajuntamento de pessoas.

Os grupos podem evoluir de vários modos. Podemos dizer que um grupo está sadio quando mantém sua identidade grupal, é flexível quanto às posições e opiniões individuais, não cristaliza funções e papéis (do tipo: o contestador, o bonzinho, o chato), mas permite que todos exerçam e assumam aspectos existentes em si mesmos (pois cada um de nós tem um pouco de contestador, de bonzinho e de chato). Pode-se dizer que quando os papéis se cristalizam, o grupo está doente, isto é, não está criativo, não permite que a energia circule, represando-a. Os grupos também não estão bem quando se fecham em si mesmos, sem permeabilidade, mantendo contato muito tênue com a realidade circundante.

O Curso de Aprimoramento desenvolvido no Instituto de Saúde é (como de resto o são os grupos jovens dentro das instituições) depositário, por parte da instituição, tanto das esperanças e desejos de progresso como de suas partes fragmentadas, não integradas. Seria, a grosso modo e guardadas as diferenças, semelhante ao que acontece nas relações pais-filhos. Os filhos devem, em tese, aprender com os pais, seguir suas orientações, continuar seu caminho, aperfeiçoar-se, superar

os pais. Ao mesmo tempo, constituem terreno psíquico privilegiado para o trânsito das fraquezas dos pais, de seus aspectos não resolvidos, não integrados e, às vezes, de seus núcleos melancólicos e destrutivos.

Como as crianças, e novamente muito bem guardadas as devidas diferenças, os aprimorandos de primeiro ano precisam de tempo e espaço para se perceberem, para tomarem consciência de que estão em uma nova realidade, para se conhecerem enquanto grupo, para fazerem identificações e compartilharem expectativas, ansiedades e experiências anteriores à entrada na Instituição (verticalidades).

Nosso grupo (Comissão de Ensino) sempre quis saber como contribuir para criar um ambiente de aprendizagem que não perpetue a experiência humana mais freqüente, que é: **ou** prazer sem realidade **ou** realidade sem prazer. Ou então, como ser *hard* e *soft* ao mesmo tempo? A partir desses e de outros questionamentos, a Comissão passou a exercer, além da função pedagógica e administrativa, a função de acolher o grupo, acompanhar seus passos e favorecer a expressão da subjetividade individual e de grupo.

No diagnóstico situacional realizado no início de nossa gestão,<sup>1</sup> tomamos consciên-

cia de que, sem poder expressar sua subjetividade, o indivíduo “adoece”, o grupo se fragmenta, a experiência fica sem sentido e o vínculo com a tarefa torna-se frágil. As pessoas vão embora ou são neutralizadas, sem poder se enriquecer nem enriquecer o contexto no qual se inserem. Ao encontrar um ambiente continente para suas angústias, o aluno poderá ao mesmo tempo se desenvolver emocionalmente e ter condições favoráveis para o aprendizado. Concluimos também que, se houver espaço e continência para a desintoxicação das angústias de grupo, das rivalidades e da competição, o grupo pode tornar-se fonte de colaboração e construção.

Mas como trabalhar com o grupo? No âmbito de nossa horizontalidade (a Comissão de Ensino), e dada a minha trajetória antes de entrar no Instituto (minha verticalidade), essa tarefa coube a mim. Há uma multiplicidade de pontos de vista e de teorias sobre os grupos, seus processos e mecanismos. Os nomes de Bleger e Pichon-Riviere são imediatamente lembrados, pelo desenvolvimento de práticas operativas e psicoprofiláticas. Moreno (abstraídos os as-

---

<sup>1</sup> Diagnóstico situacional é o primeiro passo a ser dado por quem trabalha com grupos ou em assessorias e consultorias institucionais.

pectos um tanto proféticos de suas teorias) e seguidores inspiraram o uso de técnicas dramáticas e do *role-playing*. Bion oferece um modelo bastante útil para o entendimento dos processos de grupo. Esses autores foram, assim, recuperados e suas idéias foram mescladas com a experiência e as percepções da coordenadora a respeito das pessoas, das interações e dos movimentos grupais.

Entretanto, como bem lembram os alunos, o curso, embora agradável e estimulante, não é a salvação, a redenção, a purificação de todas as mazelas. Sempre se fazem presentes as diferenças individuais, a formação de subgrupos de afinidade, a competição e outros tantos fenômenos comuns aos grupos. Porém, a experiência inicial acolhedora e

agregadora cria um campo mais propício para a resolução ou, pelo menos, para a explicitação de dificuldades. Além disso, o espaço protegido para a expressão da subjetividade impede que esta se dilua durante a experiência na instituição, onde se cruzam e entrecruzam tantas outras histórias pessoais e de grupo, que, claro, pelo seu histórico, sua importância e seu tempo de existência, tendem a se constituir como hegemônicas.

Segundo nossa avaliação, tem sido eficaz, compensadora e gratificante a tarefa de permitir que cada grupo de aprimorandos de primeiro ano se instaure como grupo-sujeito, na tessitura institucional.



## DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA: UMA GRANDE CONQUISTA E UM CONSTANTE DESAFIO

Sonia Isoyama Venâncio

*Membro da Comissão de Aprimoramento e  
Pesquisador Científico III do Núcleo de Investigação  
em Saúde da Mulher e da Criança*

Nos últimos quatro anos, a Comissão de Aprimoramento do IS vem propondo aos aprimorandos do segundo ano o desenvolvimento de um projeto de pesquisa individual.

O processo tem início com o módulo teórico-prático “Elaboração de Projetos de Pesquisa”, que acontece no final do primeiro ano do curso, no qual os alunos definem um objeto de estudo e as abordagens metodológicas apropriadas para investigá-lo. Os aprimorandos contam, durante a redação dos projetos, com o acompanhamento de um pesquisador experiente que confere suporte técnico e emocional nesse importante período do Programa.

Vale a pena ressaltar que esse momento é de fato muito especial, uma vez que os aprimorandos expressam, então, suas preocupações, suas angústias e o que de fato os mobiliza para o “fazer pesquisa” em saúde coletiva. Trata-se de um momento de reflexão e amadurecimento, no qual cada um busca identificar um espaço na área da saúde coletiva, levando em consideração sua formação. Como recebemos profissionais de diversas áreas, a discussão em torno desse eixo tem sido extremamente rica.

A definição do objeto de pesquisa é

construída, certamente, ao longo de todo o primeiro ano do curso, em função da experiência adquirida com a participação em projetos de diferentes linhas de pesquisa, bem como graças ao contato com pesquisadores em aulas, seminários e outras atividades científicas desenvolvidas no Instituto de Saúde.

Alguns aprimorandos definem seu tema de investigação seguindo a mesma linha da pesquisa da qual participaram no primeiro ano do curso; outros, porém, optam por mudar a linha de pesquisa ou mesmo o núcleo de investigação em que estavam inseridos. Uma preocupação atual da Comissão de Aprimoramento é garantir que todos os projetos de pesquisa dos aprimorandos estejam inseridos em uma das linhas de pesquisa da Instituição, pois pensamos que dessa forma é possível fazer com que o aprimorando sinta que não está desenvolvendo simplesmente um trabalho para a conclusão do curso, mas que está de fato contribuindo com seu trabalho para o desenvolvimento das linhas de pesquisa da Instituição.

Outro aspecto a ser lembrado é o papel desempenhado pelos pesquisadores do Instituto de Saúde como orientadores dos aprimorandos. Embora nosso objetivo não seja importar toda a formalidade presente no

modelo acadêmico, julgamos essencial que os aprimorandos sejam acompanhados, nesse processo, por alguém experiente que possa auxiliá-los nas diversas etapas da pesquisa. Esse apoio tem-se mostrado fundamental para que se atinja a qualidade esperada desse “produto final” do trabalho do aprimorando. A presença e o suporte prestado pelos orientadores minimizam as dificuldades encontradas pelos aprimorandos em suas tarefas e, nessa medida, possibilitam que essa etapa seja cumprida de modo adequado.

Para aperfeiçoar ainda mais o acompanhamento do processo de desenvolvimento da pesquisa, foram considerados dois momentos para a discussão dos projetos de aprimorandos. No primeiro momento, são realizados seminários do qual participam os aprimorandos, a Comissão de Aprimoramento, o pesquisador responsável pelo curso de “Elaboração de Projetos de Pesquisa”, orientadores dos projetos e a Comissão Científica. Esses seminários visam a discutir, detalhadamente, aspectos metodológicos dos projetos. No segundo momento, quando já se aproxima a finalização do trabalho, os

aprimorandos têm a oportunidade de discutir a análise preliminar dos dados coletados.

A proposta de elaboração e desenvolvimento de projetos por aprimorandos vem ganhando força a cada ano, e a Instituição como um todo tem mostrado interesse cada vez maior em participar desse processo. A conquista de espaço na Instituição e a valorização que esse trabalho alcançou têm estimulado aprimorandos e orientadores a buscarem maior qualidade e excelência no trabalho desenvolvido.

É certo que o objetivo central da proposta de elaboração e desenvolvimento de projetos é oferecer aos alunos uma oportunidade única de aprendizado, dentro do Programa de Aprimoramento. Porém, a experiência tem-se mostrado muito rica para todos os envolvidos no processo, e é extremamente gratificante poder participar da caminhada dos aprimorandos rumo à concretização de suas pesquisas. É fácil concluir que há muito ainda o que avançar no aperfeiçoamento dessa proposta; porém, é certo que vale a pena investir nessa direção.

## RECEBENDO ALUNOS DE OUTROS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO

Maria Mercedes Loureiro Escuder  
*Membro da Comissão de Aprimoramento e  
Pesquisador Científico III do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia*

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) integra uma política de formação de recursos humanos, na área de saúde, que não se restringe, atualmente, a instituições vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde. Graças ao trabalho da Fundap no gerenciamento das bolsas, a demanda das instituições por novos cursos é grande, assim como a procura dos alunos recém-graduados pelas bolsas distribuídas. A Fundap faz avaliações sistemáticas de todos os programas oferecidos e, com esse instrumento, recredencia ou não as instituições a dar continuidade aos seus PAP. São muitos os PAP em andamento, em instituições muito diversas entre si, mas todas trazem como denominador comum a saúde.

Um dos destaques dados na avaliação do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde diz respeito às disciplinas teóricas oferecidas durante o curso. O Programa caracteriza-se por seu caráter multidisciplinar e, nesse contexto, a Comissão de Aprimoramento desenvolveu junto aos professores da casa um conjunto de disciplinas básicas cujo objetivo é introduzir os alunos nos temas da Saúde Coletiva e das Políticas Públicas de Saúde. Embora com carga horária não muito extensa (40 horas), essas disciplinas marcam a entrada

dos alunos no Programa e dão os alicerces para o melhor aproveitamento de todo o curso. A discussão teórica sobre saúde coletiva e o painel histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, desde o começo do século, são temas importantes que devem ser promovidos em qualquer programa de aprimoramento da saúde.

A Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, em conjunto com a Comissão de Aprimoramento do Instituto de Saúde, decidiu estender o acesso a essas disciplinas a aprimorandos de outros programas. A princípio, pensou-se nos institutos ligados à Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa (CIP), mas esses já desenvolvem o PAP há muito tempo e têm um currículo voltado a seus interesses. Dois critérios então foram adotados para definir as instituições ajuizadas para isso: interesse em melhorar o desempenho de seus aprimorandos e programas implantados recentemente.

Em março de 2000, o Instituto de Saúde recebeu 22 aprimorandos externos, vindos de instituições ligadas à Secretaria de Saúde: do Instituto Pasteur, do Ambulatório de Saúde Mental Mandaqui-Jaçanã, do Departamento Técnico de Edificações, do Hospital Heliópolis, do Hospital Geral da Vila Pen-

teado, do Centro de Vigilância Epidemiológica, do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, do Hospital Regional Sul e do Ambulatório de Saúde Mental do Bom Retiro. Na avaliação final, os comentários dos alunos externos mostram que a experiência merece ser repetida, minimizando os problemas logísticos apresentados. Eis algumas opiniões registradas:

*“Excelente integração das várias classes profissionais (aprimorandos) e participação nas discussões dos temas.”*

*“Considero muito importante a participação dos aprimorandos nesses temas para que não se fechem os olhos a tais leis e políticas de saúde.”*

*“Foi enriquecedor o contato com os aprimorandos de outras áreas e a visão enriquecedora da organização da saúde pública brasileira, que contribuirá para a minha atuação dentro do ambiente hospitalar.”*

*“O tema abordado no curso é um tema importante para todo profissional da área de saúde.”*

*“De uma maneira geral, o curso foi muito proveitoso, devido ao fato da falta de conhecimento da minha parte sobre os assuntos abordados, sendo que esses temas são fundamentais para o entendimento das atividades desenvolvidas por nós.”*



Subsídios teóricos



## A CONCEPÇÃO DE SAÚDE COLETIVA

Virginia Junqueira  
*Médica Sanitarista do Núcleo de Investigação  
em Serviços e Sistemas de Saúde*

Historicamente, a saúde e a doença assumem concepções diferentes de acordo com o modelo interpretativo hegemônico adotado em uma determinada sociedade.

Assumindo um recorte temporal bastante restrito, podemos acompanhar superficialmente como tais modelos interpretativos foram se transformando no mundo ocidental, desde a Idade Média. Naquela época, junto com a explicação divina dos fenômenos, o modelo miasmático atribuía a ocorrência das doenças à exalação dos dejetos, denominados miasmas. A descoberta do microorganismo, por Pasteur e Koch no final do século XIX, e os avanços subseqüentes da pesquisa bacteriológica provocaram grande impacto e tiveram como conseqüência, que se estende até o presente século, o preva-lecimento da concepção positivista sobre a saúde e a doença, centrada no efeito da relação entre agente (microorganismo) e hospedeiro (o ser humano). A vinculação entre as condições de vida e a saúde/doença – estabelecida por autores como Virchow e Engels – enfraqueceu-se consideravelmente. Os avanços do conhecimento levaram ao rápido esgotamento desse modelo unicausal, demandando recurso a várias disciplinas, dentre as quais a Ecologia. Não foi descartada a visão da doença como fenômeno biológico que obedecia a leis

universais e podia ser controlada por técnicas também universais.

Como conseqüência do desenvolvimento desse enfoque multicausal, foi grande a diversificação das técnicas de cura e prevenção, e o indivíduo continuou como o foco central das ações. Leavell e Clark propuseram um modelo explicativo da doença com base na tríade ‘homem, agente e ambiente’, interagindo em três momentos principais (pré-patogênico, patogênico e depois da doença) propiciando ações de cunho predominantemente individual em três níveis de prevenção. O ser humano foi reduzido à dimensão biológica e classificado segundo critérios naturais (como sexo, cor, raça etc.). As práticas nos serviços de saúde, fundamentadas no risco individual, naturalizam os determinantes sociais, e o coletivo é tratado como somatório de indivíduos, com restrição à compreensão da complexidade social.

Um novo marco explicativo deverá, portanto, entender o processo ‘saúde-doença’ como resultado das relações entre indivíduos e entre coletivos, decorrentes de sua inserção na sociedade, da organização social em si mesma, e do modo de produção, distribuição e acesso aos bens e serviços. Vários autores se empenharam na elaboração de um modelo que superasse a explicação ecológica



multicausal. Tal modelo afirma o caráter histórico-social do processo 'saúde-doença' e postula que há um modo característico de adoecer e morrer para os diferentes grupos humanos, decorrente dos perfis patológicos apresentados pelos grupos sociais e que variam segundo as características das formações sociais em cada momento histórico. Assim, a análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades evidencia marcantes desigualdades na distribuição da saúde e da doença, camuflada pela melhoria geral dos indicadores médios de mortalidade.

As recentes discussões sobre um modelo explicativo da saúde e da doença e sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil, cujo reflexo pode ser evidenciado na Constituição de 1988, mostram uma tentativa de imprimir mudanças nessa direção.

No Brasil, a Constituição de 1988, em que pesem as ambigüidades do texto resultantes de intensas negociações, incorporou a concepção acima mencionada, expressa na própria definição de saúde: "Art. 196. A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Com base nessa concepção, foi instituído o Sistema Único de Saúde, que tem como princípios doutrinários: a integralidade, a universalidade e a equidade; e como princípios operativos: a descentralização, via municipalização, o comando único em cada esfera de governo, a regionalização e a hierarquização dos serviços, e o controle público do sistema.

## EPIDEMIOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE

José da Rocha Carvalheiro  
*Coordenador dos Institutos de Pesquisa (CIP)  
da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo*

A discussão atual sobre a natureza da epidemiologia como disciplina científica conduziu inevitavelmente às abordagens sobre a crise dos paradigmas, a pós-modernidade e, em particular à transdisciplinaridade. As raízes históricas da epidemiologia perdem-se no tempo e na singularidade de seu objeto. A inclusão, no âmbito da disciplina, de Hipócrates e sua obra sobre “águas, ares e lugares” traz à mente a idéia da determinação externa dos fenômenos epidemiológicos, num momento considerado de grande significado epistemológico, quando se abandona a antiga explicação mágica ou mística da doença. O mesmo vale para autores mais recentes, como Chagas e Carrión, fortemente influenciados pelo paradigma “pasteuriano modificado” que associa as doenças à teoria do germe, à transmissão por vetores e, portanto, aos determinantes biológicos. Ainda é lícito mencionar a contabilidade social, nas origens do movimento das estatísticas vitais, que ainda hoje dá suporte à epidemiologia descritiva e à determinação do estado de saúde da população. Sem esquecer que, nos momentos mais radicais da exploração das idéias da “epidemiologia social”, Marx e, especialmente Engels com seu trabalho sobre a situação de saúde dos trabalhadores ingle-

ses no século XIX, chegaram a ser apontados como os precursores da “verdadeira” epidemiologia, embora esta só viesse a constituir-se como disciplina acadêmica na segunda década do século XX, fortemente influenciada por bases biológicas e estatísticas. Chegou mesmo, em algum momento, a esboçar-se a idéia de uma espécie de “epidemiologia leninista” conferindo-lhe um caráter de verdadeira ação revolucionária, não apenas no âmbito estrito da saúde.

Por essas razões, o pensamento epidemiológico sempre contemplou diversas alternativas teóricas, metodológicas e técnicas. Durante muito tempo, houve quem defendesse que não se trata de uma disciplina mas de uma maneira de manipular dados, um método fortemente impregnado pelas técnicas estatísticas. Isto não é novidade, a própria medicina é assim considerada: uma forma de intervir, baseada em diversas disciplinas científicas. Nem por isso é considerada uma interdisciplina, forjada na evolução histórica de outras, constituindo-se com um objeto próprio e um método, em sua acepção ampla de espaço metodológico (com seus pólos: epistêmico, teórico, morfológico e técnico). O exemplo sempre citado na área que interessa à saúde é a bioquímica, que já não é nem química, nem biologia.

A maior crítica que se pode fazer ao desenvolvimento da epidemiologia da segunda metade do século XX é a de ter perdido seu sentido do coletivo, transformando-se num verdadeiro complemento da investigação clínica, indispensável no estudo da “historia natural da doença” e dos níveis de prevenção no âmbito individual. Um dos mais celebrados livros dos anos setenta do século XX, do inglês Morris, tinha mesmo um importante capítulo dedicado a analisar a complementaridade da pesquisa biomédica, clínica e epidemiológica, na investigação da causalidade na saúde e, especialmente, na doença. É importante esclarecer as raízes desta tendência, simultaneamente sanitárias e ideológicas. De um lado, a transição demográfica, com o envelhecimento da população e as inevitáveis mudanças no perfil das doenças prevalentes. As novas doenças não obedecem ao paradigma pasteuriano, pela própria natureza do processo crônico e degenerativo associado a elas, com sua multicausalidade e seus diversos níveis de determinação. Atribuir a “causa” das doenças da modernidade ao comportamento individual é uma solução de caráter eminentemente ideológico, na medida em que culpabiliza a vítima pelo surgimento da doença. Esta maneira de pensar está muito dis-

tante das idéias originais de *estilo de vida*, formulada para traduzir uma construção social e não um modo individual de viver a vida.

Existe uma definição simplificada e quase ingênua: *epidemiologia é o que fazem os epidemiologistas*. Se admitirmos que a tendência atual, inclusive em setores do primeiro mundo, é considerar a epidemiologia como um modo de pensar a distribuição da doença e de seus determinantes na sociedade, torna-se irrelevante saber se é uma disciplina produzida de forma inteiramente autônoma ou não. Epidemiologia, poderia ser, tal como alguns pensam a medicina, uma forma de intervir na realidade apropriando-se de diversas maneiras de ver e entender o mundo, de forma justa-disciplinar. Mais compatível com a natureza complexa dos fenômenos que procura investigar, para subsidiar intervenções coletivas favoráveis, seria considerá-la no âmbito da Saúde Pública que busca intensamente compreender seu caráter transdisciplinar inserindo-se no debate mais amplo da crise dos paradigmas da chamada pós modernidade. Contemplando, como assinalou recentemente o argentino Juan Samaja, uma *trans-sapiência*, mais que uma transdisciplinaridade, no sentido de aproveitar saberes que não se encontram exclusivamente no registro das disciplinas científicas.

## UM CONVITE AO EXERCÍCIO DA TRANSDISCIPLINARIDADE

Sandra Maria Greger Tavares  
*Pesquisador Científico I do Núcleo  
de Investigação em Educação em Saúde*

“Sentados diante do mar, um grupo de crianças se empenha em construir castelos de areia. As crianças sabem bem que há um lugar ideal para que as edificações não desmoronem rapidamente. Esse lugar está no meio do caminho entre a areia muito seca e as últimas ondas que deitam constantemente na praia. O conjunto arquitetônico que congrega os castelos exhibe muralhas, diques, torres de observação, subterrâneos, alamedas. Para construir um complexo de tal monta, foi necessária competência, intenção, desejo, atitude. Só se edificam castelos de areia se as mãos se tornam veículos de onde flui criatividade capaz de transformar areia em castelos” (Almeida, 1999, p. 1).

O verbo educar vem do latim *educere*, que significa *tirar fora, levar fora, extrair, desentranhar*. Educar o homem seria, assim, desentranhar a forma humana de dentro do próprio homem, como um autêntico “trabalho de parto”.

A multiplicidade de formas que o “humano” pode assumir surpreende continuamente o “educador-parteiro”, não apenas ao observar o mesmo sujeito em diferentes momentos e contextos, mas principalmente ao contemplar, ao mesmo tempo, sujeitos diversos, ainda que esses sejam especialistas da mesma área do conhecimento. O que dizer, então, do encontro de sujeitos especializados em diferentes áreas do saber?

O conhecimento é constituído, necessariamente, no âmbito da intersubjetividade,

e essa interdependência necessária à construção do saber prefigura a complexidade inerente à transdisciplinaridade.

Morin (1999, p. 27) define uma disciplina como: “(...) uma categoria que organiza o conhecimento científico e que institui nesse conhecimento a divisão e a especialização do trabalho, respondendo à diversidade de domínios que as ciências recobrem”.

São inegáveis as contribuições trazidas pela organização disciplinar do conhecimento, mas há que revisitá-la a partir de uma perspectiva epistemológica, que reconstrua seu caráter histórico-social.

Faz-se necessário questionar eticamente a rígida delimitação de fronteiras disciplinares que coincidiu com a construção de objetos específicos de estudo, pois a

disciplinarização não implica, necessariamente, a compartimentalização – e não se justifica, a partir da disciplinarização, o “encastelamento” seja do investigador, seja do objeto investigado.

Essas reflexões são pertinentes a todas as áreas do saber, mas tornam-se óbvias no que se refere a campos limítrofes do conhecimento, como é o caso da saúde coletiva, que se constrói na articulação embrionária de várias disciplinas e setores.

A apreensão do conhecimento no campo da saúde coletiva dá-se com a construção de esquemas cognitivos que atravessem as disciplinas e de métodos que permitam percorrer diversos setores e contextos.

Mas como ultrapassar, na prática, a mera associação de conhecimentos específicos de diferentes disciplinas articuladas em função de um projeto comum?

O Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva, desenvolvido pelo Instituto de Saúde (IS) em parceria com a Fundap, tem-se constituído em espaço pedagógico fecundo para o aprofundamento de questões referentes à integração de diferentes disciplinas e às perspectivas metodológicas na construção do conhecimento.

Na verdade, a articulação de diferentes perspectivas profissionais, linhas de pesqui-

sa e métodos de investigação – ou seja, o exercício da transdisciplinaridade – têm sido desafio constante para o IS como um todo e não apenas no âmbito do aprimoramento.

Esse mosaico institucional forma-se desde o processo de seleção para o aprimoramento, em que são acolhidos pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento (Psicologia, Serviço Social, Ciências Sociais, Geografia, Arquitetura, Odontologia, dentre outras) e com diferentes interesses temáticos e tendências metodológicas.

A diversidade de áreas de origem e de campos de interesse dos profissionais selecionados, embora fecunda, dá espaço à complexidade a ser enfrentada pelo docente-pesquisador, intrincado numa dinâmica institucional que também exercita a integração das diferenças e a preservação da singularidade.

Há que se fomentar, tanto no docente quanto no aprimorando, uma atitude de *abertura* à diversidade e à complexidade teórico-metodológica, sem no entanto perder de vista a construção de um eixo de articulação.

Ao se recordar que toda ciência é humana (posto que construída por seres humanos) e ao mesmo tempo social (uma vez que é indissociável do contexto histórico-social em que se constitui), pode-se vislumbrar a própria *contextualização* do conhecimento

como um dos eixos fundamentais desse processo de integração.

A experiência acumulada na condução do módulo “Metodologia Qualitativa em Pesquisa”, do Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva, sugere algumas tendências de caráter ilustrativo.

O estudo da metodologia qualitativa em pesquisa não pode restringir-se à descrição dos métodos existentes, mas deve ser norteado por uma crítica ético-epistemológica que busque evidenciar os pressupostos teóricos e metodológicos específicos a cada técnica, bem como o posicionamento político-social implícito à aplicação de cada instrumento.

No módulo “Metodologia Qualitativa”, a *contextualização* permeia a exposição dos métodos de investigação, que são ilustrados pelas experiências em pesquisa dos docentes-pesquisadores, construindo assim uma “teoria viva”.

Propõe-se também, no desenvolvimento desse módulo, um exercício de *abertura* à integração de diferentes métodos de investigação, a partir do estudo da triangulação metodológica em que se articulam métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa em saúde coletiva.

Acredita-se que o conhecimento se constrói em movimento, num processo dialético,

num circuito em espiral que vai ao mesmo tempo das partes para o todo e do todo para as partes, da diversidade à singularidade e da singularidade à diversidade.

Compara-se o ofício do pesquisador – docente ou aprimorando – ao do etnólogo, que observa, constrói e reconstrói a realidade na participação com os outros e ao longo de seu percurso em busca do conhecimento, que é inevitavelmente um *dever*.

Os castelos de areia do conhecimento fragmentado desmoronam e são tragados pela água, mas podem ser reconstruídos com maior solidez, ainda que não sejam perenes, pelo compartilhamento da criatividade no fluxo de sua construção transitória.

### Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. X. de (1999) *Complexidade, solidariedade e esperança: por uma ciência que sonha*. Manuscrito fornecido no Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC-SP, coordenado pela Profª Drª Maria Lúcia Rodrigues, São Paulo.

MORIN, E. (1999) *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal, EDUFRN.

## QUALIFICAR OU QUANTIFICAR?

(REFLETINDO SOBRE A ESCOLHA DA ABORDAGEM METODOLÓGICA NA PESQUISA EM SAÚDE)

Wilza Villela

*Médica Sanitarista do Núcleo de*

*Investigação em Cidadania e Saúde Mental*

A atividade de pesquisa tem início com a curiosidade sobre um tema ou questão. Instigados pelo desejo de conhecer ou descobrir, passamos a formular o projeto de pesquisa – uma maneira organizada e sistemática de transformar a curiosidade em pergunta plausível, cuja resposta pode ser encontrada através da construção de um caminho lógico e adequado.

Colocada nesses termos, a atividade de pesquisa parece simples. Efetivamente é, desde que se tomem alguns cuidados e se tenha muita disciplina e paciência.

O primeiro cuidado refere-se à pergunta a ser formulada. Nem sempre é fácil transformar a curiosidade em uma pergunta cuja resposta pode ser encontrada nos limites de tempo e recursos de que normalmente dispomos. Muitas vezes, temos de reduzir nossa curiosidade ou escaloná-la em graus de complexidade crescentes ou distintos, que nos leve a respostas parciais. As respostas parciais vão compondo um intrincado quebra-cabeça que nunca se completa, que suscita novas questões e nos mantém sempre curiosos.

O segundo cuidado refere-se à estratégia que escolhemos para responder à pergunta formulada. Quanto mais clara é a pergunta, mais fácil é encontrar o caminho que nos leva à sua resposta.

Muitas vezes, ao buscar o caminho para chegar à resposta, sente-se a necessidade de redefinir a pergunta e torná-la mais simples ou mais objetiva. Assim, pergunta e caminho de resposta são coisas com as quais temos de lidar quase que simultaneamente.

O método é esse caminho que se escolheu trilhar. Por exemplo, para descrever um evento ocorrido numa população, ou estabelecer conexões entre eventos, deve-se buscar a quantificação. Em saúde, a ferramenta privilegiada para esse tipo de investigação é a epidemiologia. A epidemiologia, quando bem utilizada, permite que – a partir do estudo de uma população de tamanho reduzido (*a amostra*) – sejam feitas inferências para populações maiores e até para o universo. É bastante útil quando se tem conhecimento suficiente sobre o objeto investigado.

Mas, quando não se conhece bem o objeto ou se pretende conhecer comportamentos ou processos humanos do ponto de vista dos sujeitos envolvidos, pode ser mais adequado adotar uma abordagem qualitativa, que captura com mais propriedade os movimentos da subjetividade. Os métodos qualitativos ajudam na construção de objetos, dada a sua potencialidade de fazer emergir os nexos, sentidos e elaborações presentes nos processos humanos não facilmente captáveis em aborda-

gens mais objetivas, como as quantitativas.

Assim, o resultado de uma pesquisa qualitativa não permite generalizações, mas sim o conhecimento de uma possibilidade humana, dentre outras.

Cada vez mais se tem percebido a complementaridade das duas abordagens. Ou seja, se um fenômeno é problematizado a partir de uma perspectiva quantitativa e de uma abordagem qualitativa, maior será nosso conhecimento sobre ele.

Escolhido o caminho, precisamos reservar as ferramentas que nos ajudarão na caminhada. E aí um novo alerta se impõe: o uso de questionários, por si só, não é suficiente para definir o estudo como quantitativo, do mesmo modo como não basta lançar mão de entrevistas individuais ou em grupo para definir a abordagem como qualitativa. A definição é dada pelo modo como formulamos nossa questão e pela tipo de respostas pretendido.

Vale lembrar que, em qualquer das abordagens, os dados só se transformam em resultados, ou informações, através do trabalho interpretativo do pesquisador.

Um terceiro cuidado na prática de pesquisa refere-se às habilidades de cada um. Muitas vezes o melhor caminho a seguir é aquele que não sabemos trilhar. Ou aquele mais longo e tortuoso. Podemos escolher entre aprimorar nossas habilidades ou modificar a pergunta, a fim de que a resposta seja encontrada mais facilmente. Qualquer opção é válida, porque o processo de descoberta intrínseco na atividade de pesquisa nos surpreende e nos ensina, sempre que temos a disciplina e a paciência necessárias.

É, portanto, a partir da perspectiva da descoberta, e da tentativa de adequar perguntas e caminhos – consideradas as habilidades, preferências pessoais, disciplina e tensão –, que entendemos a escolha por uma abordagem quantificadora ou qualificativa.



## SAÚDE EM MOVIMENTO: CONSTRUINDO POLÍTICAS

Paulo Roberto Nascimento  
*Pesquisador do Núcleo de Investigação  
em Serviços e Sistemas de Saúde*

Todos os que desenvolvem atividades no setor da saúde deparam-se com uma situação com profundo enraizamento histórico. Tanto as condições de saúde do cidadão brasileiro, quanto a situação dos serviços de saúde, foram construídas sobre as bases de um processo social, econômico, político e cultural inscrito na história do país. Essa realidade e a correlação de forças sociais que a constrói são objeto de discussão no Programa de Aprimoramento do Instituto de Saúde.

A idéia de seguridade social percorreu um longo caminho até inscrever-se nas leis brasileiras. A proteção social no país desenvolveu-se a partir da concepção distributiva de poder, oferecendo-se diretamente ao segmento que a custeava (Costa, 1998; Malloy, 1979; Cotta, 1998). A redistribuição de recursos, reconhecendo direitos aos segmentos menos capacitados a custeá-los, só recentemente foi incorporada à Constituição (Baptista, 1998). Mas o lento desenvolvimento do sistema previdenciário, ampliando a cobertura de serviços e direitos, não chegou nem perto de garantir a atenção integral, já que a atenção à saúde se encontrava profundamente marcada pela dicotomia entre instituições que proviam as necessidades de saúde pública e as que ofereciam serviços médico-hospitalares. Além disso, os segmen-

tos urbano e rural da população sempre apresentaram marcas distintivas da profunda desigualdade com que os serviços e direitos eram respectivamente oferecidos e reconhecidos (NEPP-Unicamp, 1985). São esses conhecimentos da trajetória histórica da saúde no país que confluíram, no Congresso Constituinte de 1986 a 1988, para a concepção do SUS.

A atenção à saúde exige ações de prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde, realizadas ao interno de um conjunto de serviços públicos, não necessariamente estatais, com participação complementar de serviços de caráter privado lucrativo. Tais serviços, reunidos sob um comando único, a ser exercido em cada um dos três níveis de governo, organizam-se de forma integrada, regionalizada e tecnicamente hierarquizada, submetidos ao controle da sociedade. Esses serviços, cuja responsabilidade executiva recai sobre os gestores municipais, regionais e central, são custeados com recursos orçamentários e fiscais, garantidos de acordo com a concepção de que a saúde é um “dever do Estado e direito de todos”, mediante um sistema de seguridade social. As referidas ações devem garantir a todos os cidadãos (universalidade) o atendimento integral das suas necessidades de saúde (integralidade), uma

vez reconhecidas as necessidades dos diferentes níveis sociais e, conforme essas necessidades, uma vez dosadas as ações a serem realizadas (equidade) (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Não é pouco nem é apenas isso! É a exata medida do que uma sociedade pode ter como consenso, consideradas as forças sociais em jogo, a concepção de saúde elaborada ao longo da história, a dimensão dos recursos e as concretas necessidades de saúde.

Em meados dos anos 80, o país emergia de um período de regime político autoritário em que as forças populares experimentaram um longo e obrigatório silêncio, enquanto se dava uma forte concentração política e administrativa nos níveis centrais de governo. Urgia favorecer a descentralização política e administrativa, o que veio tornar-se diretriz fundamental para a reorganização do sistema de saúde. Os entes subnacionais deveriam recuperar seu papel na partilha de poder, com destaque especial aos municípios (Heimann, 1992). Esses, desde o período colonial até o início da República, detiveram um importante papel na partilha política nacional. A Constituição republicana de 1891 preservou, com modificações, a autonomia de que os municípios já gozavam. No entanto, os últimos cinquenta dos cem anos de história republicana caracterizaram-se pelo

esvaziamento, de fato, do poder municipal no cenário nacional.<sup>1</sup>

O Estado brasileiro nunca foi capaz de prover cobertura universal a seus cidadãos, e é igualmente verdadeiro que a idéia plena de cidadania nunca foi experimentada em terras brasileiras. A Constituição de 1988 e, para ficarmos em nossa área de atuação, o Sistema Único de Saúde julgaram acertado confiar às localidades autônomas um importante papel na redemocratização da vida nacional e na efetivação do ideal de cidadania plena. Daí a extrema importância que a idéia de descentralização assumiu tanto num quanto noutro nível de atuação institucional. Não obstante, concretizar o anseio constitucional é travar diariamente o conflito das forças sociais que reescrevem todos os dias o futuro do país.

Hoje, para concretizar o sistema de atenção à saúde necessário ao cidadão brasileiro, devem-se considerar pelo menos quatro dimensões organizacionais: a participação social, o financiamento do sistema, a sua organização técnica e gerencial e a relação entre os gestores. Os conselhos de saúde, em vez

---

<sup>1</sup> Ainda que coincida com o período em que as municipalidades alcançaram maior representatividade organizacional (cf. Barroso, 1982; Melo, 1993: 85-100).

de se tornarem instância de sustentação do Estado, devem canalizar os interesses da sociedade. Os recursos necessários para manter e desenvolver o sistema devem provir de maneira eqüitativa segundo as responsabilidades dos três níveis de governo e respectiva capacidade de custeio da sociedade. É condição indispensável que o sistema se organize de modo a equacionar recursos e necessidades, regionalizando e hierarquizando a atenção. As relações entre os gestores deve ser respeitável e deve haver responsabilidade entre entidades autônomas, exercendo-se a unicidade de comando em cada nível, de maneira a abranger os segmentos estatal, público e privado. A disputa por essa configuração está sendo travada em uma ampla gama de arenas políticas municipais, estaduais e federal – esta é a riqueza do atual sistema de saúde, a sua diversidade. A unicidade do sistema depende do vigor de entidades políticas autônomas que giram em torno de princípios constitutivos.

A todos nós – servidores, cidadãos, técnicos, aprimorandos, acadêmicos, profissionais, funcionários e gestores –, importa não esquecer que, acima de tudo, não há direitos concedidos, apenas os conquistados, como resultado de um desenrolar de acontecimentos tensionados entre as forças sociais que se ins-

crevem na história.

### Referências Bibliográficas

- BAPTISTA, T. W. F. (1998) “Seguridade Social no Brasil”. *Revista do Serviço Público*, ano 49, n.3, jul-set., pp. 101-120.
- BARROSO, Luís R. (1982) *Direito Constitucional Brasileiro: o problema da federação*. Rio de Janeiro, Forense.
- BRASIL (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*.
- BRASIL (1990) *Lei n. 8080*.
- BRASIL (1990) *Lei n. 8142*.
- COSTA, N. R. (1998) *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação*. São Paulo, Hucitec.
- COTTA, R. M. M. e outros (1998) *Descentralização das políticas públicas de saúde*. Viçosa, Univ. Federal de Viçosa.
- HEIMANN, L. S. e outros (1992) *Os municípios e a saúde*. São Paulo, Hucitec.
- MALLOY, J. (1979) *Política de previdência social no Brasil*.
- MELO, M. A. B. (1993) “Municipalismo, nation-building e a modernização do Estado no Brasil”, *RCBS*, n.23, ano 8, outubro, pp. 85-100.
- NEPP-Unicamp (1985) *Relatório sobre a situação social do país*, pp. 105-148.

Resultados do Programa:  
relatos de pesquisas de aprimorandos



## PROSTITUIÇÃO E TRABALHO: UM ESTUDO SOBRE A VISÃO DE MULHERES DE PROGRAMA<sup>1</sup>

Claudia de Almeida Ortega

*Psicóloga*

*Orientadora:* Monique Borba Cerqueira

A história do “movimento das prostitutas” no Brasil é recente – iniciou-se em São Paulo, em 1982 –, se comparado ao europeu, que data da década dos 60 (Leite, 1995). Esse movimento defende a prostituição como uma atividade profissional importante socialmente e luta, sobretudo, pela organização das prostitutas enquanto categoria de trabalhadoras, para que reivindiquem direitos, como a cobertura pelas leis trabalhistas (profissionalização) e melhores condições de trabalho (acesso a serviços básicos de saúde, preservativos, creches, escolas para os filhos, por exemplo). Luta também pela descriminalização da atividade – pois, embora o exercício não constitua crime, ao condenar sua exploração e favorecimento, o código penal brasileiro impossibilita, por exemplo, a legalização de associações de prostitutas com caráter sindical (como foi tentado no Rio de Janeiro, no final da década dos 80). Essa postura política, denominada de “autodeterminação e profissionalização da prostituta” – defendida em 1991 no parlamento europeu –, é mantida no Brasil pela Rede Nacional de Prostitutas, órgão ligado

ao Movimento Internacional de Trabalhadoras do Sexo.

Embora mais antigos, pelo menos outros dois posicionamentos sobre a prostituição coexistem e circulam socialmente. O *regulamentarista* “considera a prostituta uma transmissora de enfermidades”, que atua de forma ilegal (no comércio informal) e facilita “a existência do dono de bordel” (Leite, 1995: 464). Esse posicionamento levou alguns países a adotar um regime que, além de determinar locais específicos para a prática da prostituição, obriga as prostitutas a submeterem-se a exames periódicos de saúde. Esse regime discriminatório vigorou no Brasil até 1951 e ainda vigora em alguns países (Uruguai e Equador). Todavia, está em tramitação em Brasília um projeto de lei que propõe, justamente, a regulamentação da prostituição como forma de controle sanitário: passa a ser profissão reconhecida,<sup>2</sup> sob a condição de que, para exercê-la, sejam feitos exames médicos periódicos, compulsórios.

O posicionamento *abolicionista*, defendido pela Federação Abolicionista Internacional (FAI), considera a prostituta como uma

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada sob orientação de Monique Borba Cerqueira, pesquisadora do Núcleo de Ciências Sociais e Saúde do Instituto de Saúde/SES.

---

<sup>2</sup> De acordo com esse projeto de lei, os profissionais “podem inscrever-se como segurados da Previdência Social, na qualidade de autônomos”.

vítima do sistema que a explora – o mercado prostitucional –, e preconiza por isso a sua extinção. A exploração ocorreria na figura de um “aproveitador” (dono de uma casa de massagem ou cafetina, por exemplo), que deveria ser responsabilizado criminalmente.

Em um contexto em que convivem os mais variados pontos de vista sobre a prostituição – cuja complexidade envolve questões relacionadas a moralidade, sexualidade, religião, preconceito, legalidade etc. –, os profissionais da saúde (principalmente os que integram equipes de trabalhos interventivos de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, DST, e a AIDS) e pesquisadores acadêmicos (sobretudo da área de ciências sociais) consideram a atividade prostitucional como uma forma de trabalho, e vêem as prostitutas como “profissionais do sexo” (Moraes, 1995; Torres, 1997). Assim como os militantes da área, o olhar que lançam sobre a questão é diferente daquele que é hegemônico – seja esse o foco médico (que as considera veículo potencial de patologias sexualmente transmissíveis), seja esse o foco da moralidade (que as identifica como desviantes dos padrões sexuais socialmente aceitos) –, a fim de compreender, tratar ou, pelo menos, situar o fenômeno da prostituição no campo das relações de trabalho.

Diante desse cenário, surge a pergunta: qual o “olhar” das próprias mulheres que vivem no contexto da prostituição, sobre a atividade que exercem? São poucos os estudos que dão voz a elas e que abordam a prostituição da perspectiva delas.<sup>3</sup> Essa pesquisa visa, assim, ampliar o canal de expressão desse grupo, trazendo novos desdobramentos para o debate a respeito do tema da prostituição.

### **Em foco: a visão das mulheres de programa**

Mas como as mulheres de programa que vivem na cidade de São Paulo – onde as discussões sobre associativismo não estiveram em evidência – compreendem essa sua atividade? Como a prostituição configura-se para elas e norteia a sua existência cotidiana? Para investigar essas questões, foi realizado um estudo exploratório, a partir da coleta dos depoimentos de cinco mulheres e da participação, durante um semestre, nas atividades de uma instituição que realiza trabalho soci-

---

<sup>3</sup> Castro (1995) e Moraes (1995), por exemplo, analisaram, dentre outros aspectos, as concepções sobre prostituição que tinham as moradoras da extinta zona de prostituição denominada Vila Mimososa (no Rio de Janeiro), onde foi criada a referida associação de prostitutas.

al voltado para mulheres de programa.<sup>4</sup> O reduzido universo de depoentes justifica-se pelo objetivo da pesquisa, de investigar o processo de constituição das suas representações a respeito da prostituição e não a maneira como essas representações se distribuem (ou o seu caráter recorrente) no imaginário dessa população.

As mulheres que freqüentam essas reuniões fazem ponto na região central da cidade – local onde se concentra um grande número de prostitutas –, sobretudo em ruas, praças ou parques. São bastante pobres. Algumas moram em quartos de hotel ou, quando não têm dinheiro para pagar a diária, dormem na rua; outras moram em pensões, cortiços ou casas de parentes. Em geral, são responsáveis apenas pelo próprio sustento, o que seria inviável caso não contassem com doações (de roupas e alimentos) de entidades assistencialistas. As idades variam entre 26 e 71 anos, e a grande maioria aparenta bastante envelhecida para a idade.

No imaginário das mulheres ouvidas,<sup>5</sup> a prostituição pode assumir diversos significados, de acordo com o objetivo de quem se

prostitui. Assim, se o objetivo for valorizado socialmente – como, por exemplo, para o sustento próprio ou da família –, a prostituição é vista como um trabalho, entendido aqui como atividade profissional. Objetivos socialmente desvalorizados, tais como o consumo de drogas, por sua vez, não conferem à mulher de programa o *status* de trabalhadora, mas faz recair sobre ela toda a carga pejorativa que o termo “prostituta” carrega, como os estigmas de “mulher de vida fácil”, que “não quer trabalhar”, “indecente” etc.

Encarar a prostituição como um trabalho significa, para elas, contextualizá-la: a atividade é entendida não como um fim, mas como um meio por meio do qual podem obter recursos para sua subsistência, num contexto de poucas oportunidades de trabalho, especialmente – como denunciam – para quem tem pouca escolaridade e dadas as insuficientes políticas sociais voltadas para a inclusão no mercado daqueles que não têm especialização. Dessa forma, diferenciam-se das representações negativas e descontextualizadas que normalmente recaem so-

---

<sup>4</sup> As observações e conversas informais foram registradas em diário de campo.

---

<sup>5</sup> Refiro-me não só àquelas que prestaram seus depoimentos, mas a todas as mulheres de programa com as quais tive contato durante o trabalho de campo.



bre elas. “Diluem” essas mesmas representações quando entendem que a prostituição se refere, sobretudo, a comportamentos sexuais desviantes dos padrões socialmente aceitos, principalmente em relação à rotatividade de parceiros, o que, segundo Moraes (1995), configura uma crítica à própria sociedade.

Castro (1995: 162) adverte para o risco de se reduzir a compreensão da prostituição a um “economicismo de causa e efeito”, pois se estaria ignorando, “de um lado, a construção machista da subjetividade e da cultura” e, de outro, a oposição que as mulheres fazem “ao recusarem o lugar subserviente que se lhes destinam enquanto mulheres”. Para as mulheres ouvidas, a prostituição significa, também, um forma de opor-se à opressão vivida em outros empregos, à submissão a padrões intransigentes, à exploração da força de trabalho e à baixa remuneração. Como mulheres de programa, sentem autônomas para tomarem decisões, como por exemplo as relativas aos horários de trabalho. Na prática, entretanto, essa liberdade deve ser relativizada, pois, dando continuidade ao exemplo, nem sempre o horário mais conveniente para o trabalho é aquele em que há mais clientes.

À diferença do posicionamento assumido pelo movimento das prostitutas (o qual

luta pelos direitos das mulheres como trabalhadoras), as mulheres ouvidas nesta pesquisa não vinculam seu “direito a ter direitos” ao pertencimento a uma categoria profissional. Assim como também observou Moraes (1995), muitas mulheres não concordam com as iniciativas de regulamentação da atividade prostitucional, pois implicaria assumir uma identidade estigmatizada, o que as tornaria mais expostas ao preconceito social. Todavia, para as mulheres ouvidas, o exercício da prostituição é visto, muitas vezes, como uma “não escolha”, resultante da criminalidade, da submissão a relações de exploração no trabalho etc., o que a afasta de um posicionamento político a favor da categoria de trabalho “prostituição”. Mesmo sem darem esse nome, suas ações e representações apontam para a busca de seus direitos como cidadãs, independentemente da atividade ocupacional. Consideram urgente o acesso a moradia, alimentação e saúde. Muitas delas, por exemplo, participam do movimento organizado dos “sem teto”, no centro da cidade, em luta pelo direito à moradia.

Diante dessas apontamentos, uma questão se coloca: se para essas mulheres a prostituição é marcada por uma “não escolha”, para onde deveria caminhar a transformação? Para a melhoria das condições de trabalho? Ou

para a possibilidade de ampliação do seu leque de opções, no sentido de terem oportunidades mais justas de inserção social, como o acesso à educação de qualidade, ao trabalho não-reificante etc.?

E a prevenção? As mulheres têm conhecimento sobre a importância da prevenção, tanto no que diz respeito à necessidade de consultas e exames ginecológicos periódicos quanto ao uso de preservativos para evitarem o contágio por DST e AIDS. Obtiveram informações através de diferentes meios, como televisão, folhetos educativos, organizações não-governamentais e consultas médicas. Embora seja difícil aferir se o uso da camisinha é freqüente, os clientes, segundo as depoentes, não se recusam a usá-la, em geral. Elas contam terem desenvolvido estratégias retóricas para convencer aquelas que se opõem a usá-la. Mas reconhecem que algumas mulheres aceitam fazer o programa sem o preservativo. Apenas uma entrevistada assume essa prática e a justifica pela necessidade financeira, aliada à escassa demanda de clientes. Para ela e outras mulheres, aceitar fazer o programa sem preservativo seria a única forma de garantir a sua realização, já que o cliente encontraria, sem dificuldades, outra mulher de programa que aceitaria praticar o sexo desprotegido. Em

contrapartida, chamou a atenção o fato de as freqüentadoras da instituição solicitarem sempre um número maior de preservativos do que o oferecido pela instituição, embora alegassem fraca demanda de clientes. Será que a procura dos clientes não estava tão escassa quanto alegavam? Ou as camisinhas recebiam um outro fim, que não o uso por elas próprias? Difícil responder, mas algumas entrevistadas revelaram algumas possibilidades para o destino das camisinhas recebidas: a venda para alguma colega que não freqüenta a instituição ou para o cliente.

Importante observar que, se o preservativo é usado como moeda ou mercadoria, é porque tem um valor que, em última instância, se refere ao poder de prevenção que representa (e oferece). Assim, seja qual for o caminho que percorra, desde o momento em que é distribuído nas reuniões, parece que o preservativo não deixa de ser usado para cumprir o seu papel preventivo.

O próprio uso da camisinha nem sempre tem, para as mulheres, a mesma representação. Muitas a utilizam como instrumento de trabalho apenas, mas não com o parceiro com quem têm uma ligação afetiva, seja por não gostarem, seja por não julgarem necessário. Para uma delas, o uso da camisinha na relação com os clientes, além de prevenir o con-

tágio por DST, significa como se não tivesse nem tido a relação sexual.

### Referências Bibliográficas

- CALDAS, A. L. (1999) *Oralidade, texto e história: para ler a história oral*. São Paulo: Loyola.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 3.436 de 1997 (do Sr. Wígberto Tartuce). Dispõe sobre a regulamentação das atividades exercidas por pessoas que praticam a prostituição em desacordo com os costumes morais e atentatórios ao pudor.
- CASTRO, R. V. (1995) Representações sociais da prostituição na cidade do Rio de Janeiro. In: Spink, M. J. P. (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- CERQUEIRA e TAVARES (1996) *Projeto saúde e prostituição*. Relatório de Atividades da Área de Ciências Sociais em Saúde do Núcleo de Políticas Públicas em Saúde do Instituto de Saúde. São Paulo, mimeo, 15pp.
- CLADEM (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher).
- CÓDIGO PENAL – Parte Especial. Título VI – dos crimes contra os costumes. Capítulo V – do lenocínio e do tráfico de mulheres. Decreto-lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1940.
- JORNAL: *Beijo na Rua*. Abolir, regulamentar, descriminalizar: um debate sobre a prostituição. s/d.
- LEITE, Gabriela Silva (1995) Prostituição: máscaras antigas, nova cidadania. In: Seminário Regional Normatividade Penal e Mulher na América Latina e Caribe. *Mulheres: Vigeadas e Castigadas*. São Paulo.
- MORAES, Aparecida Fonseca (1995) *Mulheres da Vila: prostituição, identidade social e movimento associativo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e (1991) *Refletindo a pesquisa participante no Brasil e na América Latina*. 2ª ed. rev. e amp., São Paulo: Cortez.
- SPINK, M. J. P. (1994) Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi, P. A. e Jovchelovitch, S. (orgs.) *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- TORRES, T. L. (1997) Vulnerabilidad y riesgo social: mujeres en el comercio sexual. *Revista Mujer Salud*, 4/97: 59-61.

## OFICINAS DE CRIATIVIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA: ANÁLISE DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Claudia Sampaio

*Psicóloga*

*Orientadora: Sandra Maria Greger Tavares*

*Núcleo de Investigação em Educação em Saúde*

A transformação que o conceito de saúde vem sofrendo ao longo dos anos levou-nos a adotar, nesse trabalho, um paradigma que pudesse, de modo abrangente, reunir elementos dessas diversas fases e contemplar as diferentes facetas da saúde, na sociedade. A promoção da saúde, assim, cujos principais antecedentes foram as discussões sobre as condições de trabalho e de vida, a questão da participação social e a interlocução com outros setores e campos do saber, pareceu-nos uma conceituação bem apropriada.

Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Governo do Estado de São Paulo propôs diretrizes ao setor de saúde, procurando consolidar alguns desses preceitos e integrar as diversas ações, com vistas a superar a dissociação entre intervenções preventivas e curativas.

Nesse contexto, cresceu o número de profissionais da área de saúde mental e aumentaram as ações multiprofissionais nos serviços de saúde, o que, entretanto, não pôde garantir o atendimento eficaz às necessidades da população usuária desses serviços.

Ficou mais patente, no entanto, a lacuna deixada pela formação universitária em muitos desses profissionais, devido, segundo Silva (1992), à reiteração de um modelo exclusivo de atuar que privilegia os seguimentos

psicoterápicos – um desmembramento da atuação clínica, cujos instrumentos e linguagem evidenciaram a necessidade de revisão e de busca de novas formas de trabalho, mais pautadas nas realidades sociais.

Kickbusch (1986) faz a distinção entre a antiga e a nova saúde pública e aponta, como propósito dessa última, desenvolver o potencial de saúde, qualquer que fosse seu ponto de partida.

Ao entrecruzar, assim, o campo da psicologia com o da saúde coletiva, tivemos como objetivo investigar a pertinência de uma intervenção clínica, dada a demanda de uma população de mulheres usuárias do serviço de psicologia de uma unidade básica de saúde (UBS), qualificando as transformações que se processariam ao serem inseridas em um grupo de criatividade.

Essa intervenção seria conduzida numa modalidade grupal e breve, em que se privilegiaria a utilização das seguintes estratégias clínicas: técnicas expressivas (plásticas e gráficas); técnicas imaginativas (imaginação ativa e dirigida); e técnicas corporais (observação corporal, autotoques e toques em dupla) – todas embasadas no método junguiano.

Segundo nossa hipótese, a apropriação do potencial criativo, estimulada por tais estratégias, facilitaria o processo de individua-

lização – um dos principais pilares da teoria junguiana, como descrito por Duran (1997) – e o desenvolvimento autônomo e proposital da psique individual. A cura, segundo essa perspectiva, envolvendo por vezes a superação de sintomas psicofísicos, estaria vinculada de modo mais amplo ao crescente movimento de conscientização, inerente a esse processo.

Byington (1996) chamou a atenção para o fato de que, por meio da criatividade plástica, imaginativa e outras, as técnicas expressivas convocariam a participação do ser inteiro nas vivências, tornando a elaboração dos símbolos na psicologia e pedagogia uma atividade existencial global.

Para a composição do grupo, foram selecionadas, por meio de entrevistas semi-abertas, seis mulheres com idades variando entre 28 e 45 anos, cujas queixas puderam ser atribuídas à dimensão psíquica (ansiedade, depressão, dificuldades de relacionamento) e à dimensão corporal (dores de cabeça frequentes, dor no peito, fraqueza no corpo, falta de ar e tremores). Foram escolhidas aquelas que se mostraram mais disponíveis e motivadas.

O grupo se reuniu durante um período de seis meses e teve como eixo norteador proposições estabelecidas de acordo com algu-

mas etapas cumpridas em cada encontro.

As atividades tinham início com uma sensibilização para a emergência de símbolos, o quais eram discriminados na etapa de livre expressão em linguagem não-verbal. Na última etapa, a vivência inteira era compartilhada verbalmente, para que os conteúdos individuais e/ou grupais, já em outro nível, pudessem ser resignificados.

A metodologia que serviu de base para o tratamento e a análise dos resultados foi a abordagem fenomenológica, centrada nos significados e desdobramentos do fenômeno, quando observado na relação dialética entre pesquisador e pesquisado.

Os resultados descritos sobre a trajetória grupal foram obtidos a partir das versões de sentido construídas a cada encontro, em que, de maneira condensada, procuramos extrair o que Amatuzzi (1996) denominou como o ‘sentido vivo do encontro’.

A partir das versões de sentido, das produções realizadas no grupo, das entrevistas iniciais abordando o histórico psicossocial e das entrevistas de fechamento, destacaram-se três grandes modalidades analíticas: a concepção, a gestação e a criação. Para cada uma delas, foram agrupadas passagens vividas pelo grupo, ou pelas integrantes, que expressassem diferentes símbolos e determinados ní-

veis de elaboração simbólica.

A *concepção* caracterizou os momentos em que os símbolos “germinaram”, ou seja, em que foram constelados mas sofreram pouca ou nenhuma discriminação. Essas passagens revelaram as angústias subjacentes à manutenção das defesas apresentadas, vinculadas a episódios de violência doméstica, exclusão social e falta de acolhimento pelas figuras parentais primárias. Assim, as funções estruturantes<sup>1</sup> de medo, vergonha e projeção permaneceram atuando defensivamente. Exibiram, porém, num movimento alternado, em que as atitudes polarizadas de exposição e recuo revelaram a tentativa de consolidar os vínculos grupais.

A *gestação* foi marcada por outras passagens do grupo, ao abordar novos conteúdos ao mesmo tempo em que retomava os anteriores de forma diferenciada, como se estivessem passando por um processo de “fermentação”. Nessa situação, testaram novamente os vínculos constituídos pelo grupo, os quais se mostravam mais fortalecidos, e perceberam pontos de identificação mais positivos em suas parceiras. Tais vínculos pareceram sustentar os seguintes movimentos de-

sencadeados: a função estruturante da vergonha passou a atuar criativamente, expressando e elaborando os símbolos da sexualidade, sensualidade e a possibilidade de regresso aos estudos. Foram experimentados momentos de maior introspecção e silêncio, seguidos de atitudes polarizadas de confronto e fuga.

A *criação* revelou momentos de maior expressividade e conscientização, com sutis transformações ocorrendo pela apropriação de novos recursos internos e pelo reconhecimento de alguns limites. Outras funções psíquicas passaram a atuar criativamente, como a agressividade, a projeção e a curiosidade. A vivência do desapego parece ter facilitado esses momentos.

De maneira genérica, os resultados obtidos com a intervenção apontaram para: a superação de alguns sintomas psicofísicos; o fortalecimento da auto-imagem, aumentando os cuidados com a saúde e a aparência, e indícios de fortalecimento egóico, mostrando-as mais autônomas e realistas na maneira de lidar e refletir sobre as condições sociais em que se encontravam; o desfrute de momentos de maior ludicidade e prazer; e a sensibilização para os problemas coletivos, mostrando-as como pessoas mais cooperativas e participativas.

<sup>1</sup> A definição desse conceito pode ser encontrada em Byington (1996).

## Referências Bibliográficas

- AMATUZZI, M. M. (1996) “O uso da versão de sentido na formação e pesquisa em psicologia”. In: *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta*. vol. 1, n.9. Coletâneas da ANPEPP. São Paulo.
- BYINGTON, C. M. (1996) *Pedagogia simbólica: a construção amorosa do conhecimento de ser*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos.
- DURAN, S. M. G. T. (1997) *O atendimento psicoterapêutico em grupo aos usuários de uma unidade básica de saúde pelo método corporal de Petho Sandór: uma interpretação na perspectiva da psicologia analítica de C.G. Jung*. São Paulo. Dissertação (Mestrado), Ipusp.
- KICKBUSCH, I. (1986) Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: LXXVII Conferencia Anual de Asociación Canadiense de Salud Pública, Canadá, 1986. *Canadian Journal of Public Health*.
- SILVA, R. C. (1992) “A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública”. In: Campos F. B. C. *Repensando práticas*. São Paulo : Hucitec. pp. 25-40.

## PROFISSIONAIS DO SEXO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO REALIZADO NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO<sup>1</sup>

Cristiane A. Alves Oliveira

*Psicóloga*

*Orientadora:* Monique Borba Cerqueira

A prostituição feminina tornou-se objeto da saúde pública no século passado, vista como a *face* da doença, que precisava ser conhecida para ser controlada. Para isso, inúmeros estudos foram desenvolvidos a partir de uma visão da prostituição como doença que precisava passar por controle permanente:

“A prostituta era vista como um perigo, degradação, imundície, repugnância, devendo ser estudada, cabendo ao médico fazer desaparecer o foco miasmático e prevenir os efeitos nocivos sobre os organismos humanos e a saúde pública (...). É preciso que o médico penetre no desconhecido e levante o véu que encobre, é preciso que o médico faça da ameaça oculta, uma ameaça conhecida e classificada, tornando-a, assim controlável” (Engels, 1989)

Atualmente, a imagem da prostituta continua sendo desqualificada no plano moral, já que os estereótipos atribuídos às profissionais do sexo operam a destituição da pluralidade de papéis sociais desempenhados pelo gênero feminino. A atividade prostitucional, segundo a visão corrente, aca-

ba reduzindo a mulher a uma função sexual pervertida. No entanto, o preconceito em relação à prostituição não pode reduzir as análises sobre os modos de vida dos profissionais do sexo, à questão única de corpos que devem ser vigiados e cuidados. Outros aspectos precisam ser levados em consideração, além do corpo. A opressão a que essas mulheres estão submetidas, as relações no âmbito do trabalho e da família, assim como os aspectos ligados ao cotidiano delas, são fundamentais para o entendimento desse universo. O modo pela qual as prostitutas vivenciam as formas de exclusão a que são submetidas e a dimensão em que tal fenômeno aparece na utilização dos serviços de saúde estão entre as preocupações deste trabalho.

É importante lembrar que esse tipo mais específico de opressão relacionado à atividade prostitucional tem como pano de fundo a violência estrutural, que diz respeito às desigualdades sociais engendradas pelo sistema social, inclusive discriminações de classe, raça, sexo, idade (Minayo, 1993).

A Constituição de 1988 estabeleceu, como uma de suas premissas: “saúde, direito de todos e dever do Estado”; no entanto, o acesso universal aos serviços pouco representou para a melhoria da atenção à saúde. A má qualidade do sistema fez com que os seg-

---

<sup>1</sup> O presente artigo apresenta um resumo da proposta do projeto e discute algumas questões identificadas durante o processo de execução da pesquisa, ainda em andamento.



mentos que podiam comprar os serviços de saúde fora do Sistema Único de Saúde (SUS) deixassem de buscar o serviço público, passando a utilizar o setor privado da saúde. O SUS é uma proposta que foi idealizada para garantir a “saúde como direito de todos”, mas a implementação da nova política de saúde não vem sendo garantida de forma a fazer da universalização um mecanismo que signifique real inclusão social, uma vez que garante apenas o atendimento e não a qualidade dos serviços prestados.

Hoje, o SUS não é um sistema que oferte serviço a todos, mas àqueles que não têm outra opção por falta de condições financeiras. A universalização da saúde no Brasil, pervertida pela falta de compromisso público com o setor, constitui-se como verdadeiro mecanismo de exclusão social: “A universalização, no caso brasileiro, dadas as suas especificidades, parece estar assumindo a função não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento, ou seja, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, abre-se um espaço para que o estado se capacite a atender mais eficientemente os setores sociais que

continuam possuindo no subsistema público seu referencial básico de assistência” (Faveret e Oliveira, 1989)

Esta pesquisa tem como objetivos:

- investigar os fatores relacionados ao acesso e à utilização dos serviços públicos de saúde, por usuários pertencentes a um grupo socialmente estigmatizado (mulheres pobres, profissionais do sexo), buscando refletir sobre as implicações desse fenômeno na questão da equidade<sup>2</sup> em saúde;
- analisar os limites e as possibilidades presentes na relação estabelecida entre profissionais de saúde e profissionais do sexo, bem como as conseqüências decorrentes da natureza dos vínculos estabelecidos no decorrer dos tratamentos.

A utilização do método qualitativo se deve ao fato de se tratar da abordagem que

---

<sup>2</sup> O conceito de equidade, concebido no mapa da exclusão e inclusão social (Sposati, 1997), diz respeito ao reconhecimento e à efetivação, igualitária, dos direitos da população, sem restringir o acesso nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos da população. É entendida como a possibilidade de as diferenças serem manifestadas e respeitadas, sem discriminação ou condição que favoreça o combate das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às diferenças de gênero, políticas, étnicas, religiosas, culturais, de minorias e outros.

mais facilita a compreensão da realidade social investigada. A população estudada compreende: mulheres pobres profissionais do sexo, que atuam na região central de São Paulo; e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros), que atuam em unidades da rede pública localizados no centro da capital paulista.

As técnicas utilizadas para se chegar aos objetivos propostos são a observação participante (Minayo, 1993) e entrevistas semi-estruturadas com os atores envolvidos.

Quanto ao comprometimento ético, o consentimento livre e esclarecido está sendo obtido verbalmente, pois por se tratar de um grupo estigmatizado, de difícil vinculação e que precisa preservar sua identidade real, elas evitam ter seu nome impresso e/ou assinado em um documento. Ressalta-se, no entanto, que os objetivos da pesquisa foram e vem sendo explicitados aos informantes, assim como tem-se garantido o acesso aos resultados da pesquisa e o anonimato dos envolvidos.

Embora a pesquisa não tenha sido concluída, alguns pontos já podem ser destacados a partir do material coletado até o momento. Pôde-se observar que há uma reprodução da exclusão social na atenção à saúde das profissionais do sexo, embora essa se apresente sob a forma de discriminação positiva (Rago,

1991), além de receberem maiores cuidados por parte dos profissionais de saúde.

### Referências Bibliográficas

- ENGELS, M. (1989) *Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. Rio de Janeiro : Brasiliense. pp. 11-16; 53-102; 137-140.
- FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. (1989) *A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro UFRJ/IEI.
- MINAYO, M. C. S. (1993) “Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade?”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3) : 239-262.
- RAGO, M. (1991) *Prazeres da noite: códigos da sexualidade em São Paulo (1890-1930)*. São Paulo : Paz e Terra.
- SPOSATI, A. (Coord.) (1994) *Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo: Região Centro*. São Paulo : Núcleo de Estudos e Pesquisas de Seguridade e Assistência Social – PUC/SP.

## UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – ESPAÇO E PODER: O CASO DO PAM BELA VISTA

David da Silva Pereira

*Geógrafo*

*Orientador:* Carlos Botazzo

As questões centrais desta pesquisa foram o trabalho em saúde e a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as necessidades de cuidado em saúde dos usuários de um dos equipamentos públicos de saúde, o Posto de Atendimento Médico (PAM) da Bela Vista.

Foram feitas 56 entrevistas no período de abril a julho de 1999. As conversas ocorreram no interior da unidade, com usuários à espera de atendimento médico e com funcionários em seus postos de trabalho. A Unidade Básica de Saúde foi tomada como unidade de produção do cuidado em saúde, um equipamento que, como afirmam Paula Souza e Vieira (1944), deveria irradiar a consciência sanitária.

A natureza desse espaço de produção foi vista a partir das perspectivas interna e externa das ações da unidade. Nos dois casos, o eixo discursivo foi o exercício de micropoderes, como apontado por Foucault (1991), em que se toma o poder como algo que não emana apenas do ponto mais alto da hierarquia, mas como proveniente de várias direções e atores. Em todos os níveis hierárquicos, o poder surge como algo que é, acima de tudo, exercido, e na combinação desses exercícios seria definido o fluxo do usuário não apenas na unidade mas no interior do sistema (Botazzo, 1999). Externamente,

foi discutida a atuação do equipamento em sua área de abrangência dentro do sistema de regionalização do SUS.

O relatório final foi assim estruturado:

- *adoecimento*: os usuários falaram de um adoecimento que, na maioria dos casos, surge como um fenômeno, algo que os atinge um certo dia e os coloca na margem da existência. As condições de vida que os conduzem ao adoecimento não são apontadas como causadoras, e surge como agente principal da ocorrência a própria incompetência, ignorância ou incapacidade de cuidar de si mesmo. Os funcionários relataram a invasão da unidade por um adoecimento social, maior que o processo de cada um que aportava no serviço, mas como algo que contaminava o próprio fluxo. Percebiam o adoecimento e o final de uma trajetória que viria a se confirmar meses depois;
- *autonomia*: de acordo com a perspectiva apresentada por Campos (1994), a autonomia não seria absoluta pois, no limite, negaria a relação com o outro, sendo que, por outro lado, a falta de consciência o faria refém da rede, da teia do sistema. No caso dos usuários, o PAM Bela Vista era tido como um lugar de refúgio, uma porta que se abria e que, de uma maneira ou de

- outra, propiciava o atendimento médico. As longas filas e a espera (durante horas) por atendimento, muitas vezes desafiando a fome e o cansaço, eram suportadas em função da possibilidade de chegar à presença do corpo clínico. Para os funcionários, a falta de autonomia dava consciência do trabalho que o outro (funcionário) deveria fazer e não fazia, mas não dava conhecimento do outro. O fluxo de produção era desconexo e havia falta de funcionários em determinados postos, o que fazia com que alguns trabalhassem muito enquanto outros desfrutavam de certas regalias. O desmonte das condições de trabalho vigentes nos tempos do Inamps, com o início do processo de estadualização da gestão do serviço, destituiu-os das condições, dos equipamentos, dos instrumentais e da autonomia existente na época anterior;
- *obstáculos à integralidade da atenção*: foram confrontadas as falas daqueles para quem a integralidade da atenção à saúde se reduz a medidas curativas e à atenção médica. Para esses, bastava ao usuário que encontrara várias portas fechadas chegar à presença do clínico. Nesse ponto, a atenção era confundida com a assistência, conforme chama a atenção Botazzo *et alli* (1988). Para os funcionários, a fragmentação da produção tira a consciência da importância do seu papel na linha de montagem e levava-os a supervalorizar o papel do clínico, uma vez que as medidas preventivas são consideradas menos importantes àqueles que chegam à unidade portando alguma enfermidade;
  - *programação*: a natureza da unidade foi discutida, tendo em vista aquilo que era um dos principais entraves à produção do cuidado em saúde: o PAM atuava como Unidade Básica de Saúde ao receber todos que lá chegassem, tendo ou não encaminhamento. Procurava, também, realizar ações preventivas em sua área de abrangência, tais como um programa de saúde bucal em uma escola estadual das imediações e alguns programas de prevenção do câncer ginecológico em idosos. No entanto, essas medidas dependiam muito mais do esforço isolado de um ou outro profissional, do que de um planejamento estruturado pelo serviço. A unidade atuava como centro de especialidades, funcionando como referência regional e metropolitana. Os funcionários fizeram referência a atendimentos feitos a usuários do interior do Estado e de outros estados, e chamaram a atenção para a localização do serviço na região central da capital paulista, pois os

corredores viários trazem diariamente uma massa de usuários que não são atendidos na periferia, sobretudo daqueles provenientes das regiões sul do Município e sudoeste da Região Metropolitana.

A ambigüidade da unidade e o desencontro dos próprios funcionários ao definir as atribuições dos serviços confirmaram que o PAM Bela Vista funcionava como parte do SUS, mas numa lógica não pertencente a ele. Ao atender como Unidade Básica de Saúde a todos os usuários, independente de sua área de moradia ou de encaminhamento, rompia com os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços. O excesso de demandas, causado por essa ambigüidade, era o resultado claro de um modo de fazer remanescente nos funcionários que haviam pertencido ao Inamps e que agora, sob um novo sistema, insistiam em agir como se ainda estivessem no Inamps e a reivindicar as mesmas condições anteriores. Daí reclamarem do abandono, da deterioração das condições de trabalho e da demanda adicional, porque, afinal de contas, a regionalização e a hierarquização não funcionam, pois a rede está “quebrada” na periferia, embora tinham claro que, acima de tudo, o serviço prestado era bom porque, afinal, as pessoas eram atendidas.

Ao discorrer sobre a natureza do espaço,

Santos (1997) afirma que, dentre outras coisas, o espaço é um produto da acumulação dos tempos. No caso do PAM Bela Vista, mantinha-se a estrutura de uma outra época, em que o cuidado em saúde era processado na forma da atenção médica, com prejuízo das medidas preventivas e dividindo-se entre ser uma Unidade Básica de Saúde e ser um Centro de Especialidades. As atividades do PAM Bela Vista (localizado na rua Santo Antônio, 630, na Bela Vista) foram encerradas em agosto de 1999; seis meses depois, foi reaberta, sob a gerência do Hospital Pérola Byington, uma estrutura que responde a outra diretoria e não mais ao Núcleo I da Diretoria Regional de Saúde da Capital, instância que geria os PAM da região Central.

### Referências Bibliográficas

- BOTAZZO *et alli* (1988) *Saúde bucal coletiva*. São Paulo : Instituto de Saúde (mimeo).
- BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: Edusc, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. (1994) “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revo-

lução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde”. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo : Hucitec.

FOUCAULT, M. (1995) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro : Graal.

PAULA SOUZA, G. H. & VIEIRA, F. B. (1944) *Centro de saúde: “eixo” da organização sanitária*. Instituto de Higiene, *Boletim* 59.

SANTOS, M. (1997) *A natureza do espaço*. São Paulo : Hucitec.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMAGEM CORPORAL DE PORTADORES DE HANSENÍASE, USUÁRIOS DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Paula Licursi Prates

*Psicóloga*

*Orientadora:* Sandra Maria Greger Tavares

Este estudo propõe-se a investigar de que modo o portador de hanseníase vivencia, subjetivamente, a doença em seu corpo, principalmente no que se refere à construção da imagem corporal.

O termo ‘imagem corporal’ é usado para referir-se ao corpo como experiência psicológica, focalizando-se as atitudes e os sentimentos do indivíduo para com seu próprio corpo. Diz respeito, também, às experiências subjetivas com o corpo e à maneira como foram organizadas tais experiências.

A imagem corporal implica representações mentais, pois cada um elabora a imagem de seu corpo à sua própria maneira, acentuando ou modificando as diferentes partes em função dos mecanismos de sua personalidade e de toda a sua vivência passada e presente.

Optou-se por estudar a imagem corporal pois a hanseníase é uma doença que causa seqüelas corporais, tais como: mutilação, deformação e apodrecimento, associadas ao medo da morte.

Partiu-se do princípio de que o fato de o paciente estar consciente de ter hanseníase implicaria uma alteração de sua imagem corporal, isto é, uma alteração no modo como o sujeito se relacionaria com o próprio corpo.

A hanseníase é uma doença investida de

muitas símbolos, estigmas e preconceitos, ligados à própria história da doença, que era relacionada à sujeira e ao castigo divino. O fato médico de a hanseníase ser uma doença que pode ser tratada e curada muitas vezes é esquecido ou confundido pelos pacientes, justamente devido a essa carga simbólica que acompanha a doença.

A hanseníase é um problema de saúde pública, que já devia ter sido erradicado; mas o que vem ocorrendo é o aumento, a cada ano que passa, do número de doentes. Esse fato é preocupante, pois o nível de adesões ao tratamento é baixo, havendo muitos casos de abandono.

Para que os objetivos propostos na pesquisa fossem atingidos, adotou-se o método qualitativo, que se detém nos aspectos singulares e subjetivos dos fenômenos. Assim, fez-se um pré-teste e, posteriormente, aplicou-se, em cada sujeito selecionado, o “Teste do Desenho da Figura Humana”, seguido de entrevista semidirigida e de questionário sócio-econômico.

Os resultados mostraram que os quatro tipos clínicos de manifestação da hanseníase não interferem diferentemente no imaginário sobre a doença, que parece ser sempre o mesmo. Percebeu-se, também, que o caráter social da doença não deve ser desprezado, pois

a vivência subjetiva da hanseníase não se separa da situação sócio-econômica dos pacientes. Como alteração na imagem corporal, ocorre uma desestruturação na personalidade do paciente com hanseníase, o que requer uma reorganização fisiopsíquica.

Notou-se, também, que existem muitas fantasias sobre a doença, tais como: ser um tipo de câncer no sangue; ser uma doença que mata e mutila; ser uma coisa do destino e um desígnio de Deus.

Além disso, tanto a vivência do próprio corpo como as relações interpessoais se tornam cada vez mais difíceis, uma vez que os próprios pacientes mudam sua forma de contato, principalmente físico, consigo mesmos e com os outros. Eles passam a se desvalorizar como pessoas e se defendem desses senti-

mentos racionalizando ou negando tudo aquilo que se passa com eles.

Percebe-se que os pacientes sentem necessidade de serem acolhidos emocionalmente pelos profissionais da instituição, e que as questões afetivas interferem na aceitação e vinculação do paciente ao tratamento. A doença se mostra, assim, difícil de ser enfrentada, principalmente no início.

Os resultados finais mostram uma alteração na imagem corporal dos sujeitos e que o uso do Desenho da Figura Humana e de outras técnicas projetivas, utilizadas como recurso diagnóstico e terapêutico, pode ajudar no tratamento, fazendo com que o paciente se aproprie do próprio corpo, da forma como ele se apresenta, e tome consciência de seus conflitos.



## A TERCEIRA IDADE EM MOVIMENTO

Roberta Cristina Boaretto

*Psicóloga*

*Orientadora:* Luiza S. Heimann

O crescimento acelerado da população idosa a partir da década dos 50, no Brasil, e a ausência de estruturas públicas capazes de responder a suas necessidades causam problemas para esse grupo.

A velhice, entendida como categoria social (Bosi, 1994), é uma fase de transição da vida, que implica o declínio e a desvalorização do indivíduo, já que esse, nas sociedades capitalistas, é valorizado pela sua capacidade de produção. Trata-se de um problema, portanto, de exclusão social. A senilidade provocada por essa exclusão poderia ser atenuada com o engajamento da pessoa em projetos que não o envelhecessem e dessem sentido a sua existência. A participação, entendida como atuação no processo de decisão política, é fundamental para a conquista de direitos e representa um caminho para a inclusão social.

Na década dos 80, com o processo de democratização do país, foi conquistado um espaço propício para o diálogo entre Estado e movimentos sociais, e foram criados fóruns de participação e representação dos diferentes segmentos da população legalmente reconhecidos – dentre os quais estavam os idosos. A organização e a crescente participação desse grupo motivaram a criação de fóruns de representação para forçar o Estado a ga-

rantir os direitos que atendessem a suas necessidades.

A falta de diálogo entre a atual administração municipal de São Paulo e os movimentos sociais dificultou a atuação dos fóruns. Os membros do Conselho Municipal de Saúde, por exemplo, foram destituídos e substituídos arbitrariamente por pessoas indicadas pelo Secretário Municipal de Saúde. Assim, tornou-se necessário investigar a forma que o movimento dos idosos encontrou para articular suas necessidades junto à atual gestão municipal, e as estratégias utilizadas na relação com a sociedade e com o governo para garantir a vigência de seus direitos.

Tomou-se como objeto de pesquisa o processo de participação dos idosos, através de movimentos sociais organizados, durante a gestão municipal de São Paulo entre 1997 e 1999.

Através de um estudo de caso, buscou-se identificar os movimentos sociais organizados de idosos, os fóruns de representação do grupo, as demandas encaminhadas ao fórum de participação e as respostas dadas pela prefeitura às demandas feitas. Trabalhou-se com material documental, com entrevistas e com a *análise de conteúdo*.

O levantamento realizado mostrou que só há registro daqueles grupos ou movimen-

tos sociais organizados de terceira idade que foram cadastrados na prefeitura ou que estão vinculados ao Conselho Municipal do Idoso. Grande parte desses grupos desenvolve atividades voltadas para o lazer e apenas alguns poucos desenvolvem atividades de caráter reivindicativo. Algumas entidades filantrópicas também oferecem atividades para idosos, mas têm um caráter assistencialista e são destinadas, sobretudo, à população de baixa renda.

Os grupos são o ponto de ligação entre os idosos e os fóruns participativos; através dos grupos, os idosos tomam conhecimento do Conselho Municipal do Idoso e passam a frequentá-lo.

O principal fórum de participação é o Grande Conselho Municipal do Idoso (GCMi). Já em sua criação, em 1992, havia um contexto que chamava a atenção do poder público para a questão dos idosos. O Conselho é constituído de uma assembléia geral, assembléias regionais, comissões de trabalho, secretaria executiva e conselho de representantes. A composição é de 2/3 de idosos eleitos pela população idosa e 1/3 de funcionários indicados pelas secretarias municipais das áreas sociais que compõem o governo. Só os idosos têm direito a voto; os demais têm direito apenas a voz. Essa com-

posição não é paritária, o que, segundo os funcionários da prefeitura, faz com que o Conselho seja apenas consultivo, apesar de ser deliberativo segundo o decreto de sua criação.

Com relação à dinâmica das reuniões, as poucas votações realizadas ocorreram através de aclamação ou com a anuência silenciosa da platéia. Os funcionários da prefeitura que participam do Conselho usam esse espaço para legitimar e conseguir apoio para executar atividades próprias da prefeitura.

As reivindicações dos idosos, no fórum, concentraram-se nas áreas de saúde e transportes. Apesar das dificuldades encontradas para terem suas necessidades atendidas pela prefeitura, os idosos encontraram formas diferentes para participar e garantir alguns direitos. A falta de resposta do Executivo fez com que buscassem o apoio de vereadores para a elaboração de um programa de saúde do idoso e para a redução de degraus elevados nos ônibus; os idosos procuram, assim, o Legislativo para garantir seus direitos através de leis que não conseguem ser executadas.

A influência do Conselho na administração municipal mostrou-se dependente da relação que a presidência mantém com o Executivo. A gestão do GCMi foi conduzida de forma autoritária e centralizadora no período

estudado, influenciando o funcionamento do Conselho. Entretanto, havia um grupo que questionava essa tendência centralizadora, organizando-se e discutindo a autonomia e a atuação dos conselheiros no fórum.

O modo como os entrevistados atuam no Conselho mostrou que há coerência entre a sua trajetória de vida e a sua atuação ao atingirem a terceira idade. Os idosos que em sua história participaram de algum movimento reivindicatório, mantiveram esse perfil no Conselho, enquanto os que não tiveram qualquer tipo de atuação política permaneceram como observadores passivos nesse fórum de reivindicação.

A organização dos conselhos é influenciada pela forma como a sociedade civil está organizada (Vargas, 1998), mas principalmente pela postura da administração municipal em relação aos fóruns. Para que exista, portanto, uma participação organizada dos segmentos sociais, no caso, dos idosos, é preciso que se reconheçam e se respeitem os espaços públicos para o exercício da cidadania.

## Referências Bibliográficas

- BOSI, E. (1994) *Memória e sociedade - lembranças de velhos*. São Paulo, Companhia das Letras.
- VARGAS, S. M. (1998) “Conselhos municipais de saúde: a possibilidade de usuários participarem e os determinantes da participação”. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. III, n. 1.

## HUMANIZAÇÃO: SER HUMANO E ARQUITETURA

Valéria de Mattos Soares

*Arquiteta*

*Orientadora:* Daphne Rattner

Esta pesquisa, realizada em uma maternidade pública no Município de São Paulo, teve por objetivos:

- diagnosticar o processo de humanização de uma maternidade, em seu estágio atual;
- identificar as demandas, em relação ao espaço, feitas pelos usuários dos serviços, equipe médica e equipe de serviços;
- propor soluções para a adequação dos edifícios às propostas de humanização.

Adotou-se a estratégia exploratória para dar início à observação. O hospital inteiro foi conhecido para que, então, a atenção se concentrasse no setor da maternidade. As caminhadas pelos vários corredores serviram para que se revelasse, aos poucos, a realidade do hospital. Foram observados os aspectos estéticos, humanísticos, funcionais e técnicos. A seguir, procurou-se fazer o balanço dos problemas encontrados e das preocupações com a humanização, apontadas.

As entrevistas foram semidirigidas com usuários do serviço, equipe médica e de serviços. Não houve preocupação com representatividade estatística, por se tratar de um estudo qualitativo. Através desses depoimentos, verificou-se como os usuários percebiam o espaço e suas necessidades em relação a ele. A análise das observações seguiu os objetivos propostos acima; a análise da fala

dos entrevistados tentou identificar queixas e aspectos relevantes em relação ao ambiente hospitalar.

A coleta de dados foi feita entre abril e agosto de 1999. Nesse processo, o olhar do pesquisador foi aos poucos integrando-se ao olhar dos usuários da arquitetura e ao olhar dos profissionais experientes da área; dessa forma, os resultados puderam ser divididos em três tópicos:

- o olhar arquitetônico iniciante, que descreve o diagnóstico de observação;
- o olhar arquitetônico experiente, com a fala dos arquitetos que atuam no hospital;
- o olhar humano, que revela as necessidades dos funcionários e puérperas.

Pelo olhar arquitetônico iniciante foi possível notar que o Hospital Ipiranga não é só referência de risco e de atendimento, é também referência visual na paisagem, tanto por ser uma grande construção como por estar situado no alto da colina do Ipiranga, fazendo vizinhança com o Museu. Seus quatrocentos leitos e seu grande tamanho justificam-se pela política de favorecimento da cura ao invés da prevenção, e assim sua demanda é alta e sua área de abrangência não se restringe ao Ipiranga, mas chega a atingir a região do ABCD, bairros adjacentes como Vila Mariana e Sapopemba e, em al-

guns casos, bairros mais distantes, como Vila Maria. As vias e o transporte público facilitam o acesso, apesar de estar localizado muito distante da residência de alguns usuários.

Com 50 anos de construção, houve pouca ou quase nenhuma preocupação estética, mas o que ditou regras em seu projeto e construção foi a funcionalidade. A construção ocupa quase todo o terreno e não resta área disponível para expansão; as áreas livres existentes apenas permitem um melhor remanejamento do andar térreo.

Apesar de grande, o hospital já não atende satisfatoriamente à demanda existente; mesmo assim, esforços são empregados no sentido de fazê-lo funcionar com os recursos e com o espaço disponíveis. A vocação e inspiração daqueles que adoram trabalhar no hospital revelam-se nas sugestões, improvisos e idéias para melhorar seus espaços ou para tornar aceitável sua utilização.

Os arquitetos que trabalham no hospital foram apontados como responsáveis por melhorias no refeitório, nos banheiros e no centro cirúrgico, provando a importância de sua atuação.

O item relativo ao olhar arquitetônico experiente mostra que os arquitetos gostariam que existisse no hospital mais área física para que pudessem colocar mais elevadores;

na falta do espaço, lembram que os arquitetos estão lá para criar, e que se não houver área física, eles criam.

Para o olhar iniciante, a falta era a causa dos problemas; à primeira vista, mostrou desconfiança às idéias resolutivas para um espaço físico tão sólido e estritamente configurado por colunas rígidas que jamais se moveriam. Questionou os motivos da pesquisa mas, por fim, entendeu que não só a arquitetura, mas também e principalmente o contato humano e o acesso promoveriam a humanização. A arquitetura, no caso, seria apenas o cenário, a arte e o maquinário que possibilitariam aos homens um local para serem humanos.

O olhar humano falou de coisas que complementaram o olhar técnico.

As informações obtidas permitiam montar um programa com as necessidades observadas e com necessidades citadas nos depoimentos, mas, ante a dificuldade de se aplicarem mudanças na estrutura do hospital e de se propor a construção de um anexo para a maternidade, as sugestões permaneceram restritas a pequenas mudanças de *layout*. A melhor proposta para a Maternidade do Ipiranga seria a construção de uma nova unidade para o atendimento exclusivo do parto normal, enquanto o Hospital, por ser refe-

rência de risco, atenderia somente aos partos cirúrgicos.

Atualmente, devem-se empreender esforços para descobrir a melhor localização dos centros de parto normal em relação a hospitais de nível terciário, para estudar a população local e preparar os hospitais para traba-

lharem em conjunto com os centros de parto normal.

A estratégia de aceitação de um novo sistema deverá estar baseada na qualidade do atendimento e na conscientização do parto normal.



A reflexão dos pesquisadores





## O APRIMORAMENTO DA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA: UM GRANDE DESAFIO

Luiza Sterman Heimann  
*Médica Sanitarista do Núcleo de Investigação  
em Serviços e Sistemas de Saúde*

Tendo como finalidade desenvolver as atividades de pesquisa, capacitação e assessoria, o Instituto vem repensando seu Programa de Aprimoramento para Profissionais Não-médicos em Saúde Coletiva.

O desafio é grande. Aportar um saber – um saber ser e um saber fazer – para recém-formados que buscam o Programa com os mais diversos interesses e capacitá-los para o trabalho em pesquisa não é uma tarefa trivial.

O Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto tem participado com grande empenho nessa empreitada, desde a sua criação.

Em sua fase atual, foram realizados cursos de Introdução à Saúde Coletiva, de Políticas Públicas em Saúde e, finalmente, de Planejamento e Programação em Saúde. Essa prática pedagógica tem proporcionado aos trabalhadores do Núcleo um espaço de reflexão e sistematização de conhecimento, bem como o desenvolvimento de habilidades para a didática e a produção de material institucional.

O Núcleo também tem sido campo de treinamento em serviço para os aprimorandos. Parte-se do pressuposto de que pesquisa se aprende fazendo. Assim, os estagiários se inserem em todas as atividades do Núcleo, participando da divisão técnica

do trabalho e, portanto, assumindo responsabilidades na produção coletiva. Essa divisão não obedece a uma hierarquia funcional, em que os estagiários desenvolveriam uma atividade previamente definida; ela é feita a cada momento do processo de trabalho em pesquisa, a cada fase do projeto. Assim, criam-se diferentes situações de ensino-aprendizagem em que, ao longo do tempo, é possível compartilhar saberes, métodos e técnicas para a formação do trabalhador em pesquisa em saúde coletiva. Mais que isso, criam-se também relações interpessoais e situações de convivência no grupo que possibilitam ao aprimorando crescer como cidadão.

A convivência com o Programa tem mostrado o seu papel no desenvolvimento institucional. Ao mesmo tempo em que capacita profissionais não-médicos para a pesquisa no campo da saúde coletiva, ele mobiliza a estrutura e a organização do Instituto a buscar soluções para problemas administrativos e gerenciais, tais como: a absorção desses profissionais em seu quadro funcional, o apoio e a infra-estrutura para a implementação do Programa, a articulação e a interação necessária com os núcleos de pesquisa, a organização dos eventos técnico-científicos coletivos, a transparência da produção científica do Instituto, dentre outros.

## A FORMAÇÃO DO PROFESSOR

Carlos Botazzo

*Pesquisador Científico III do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde Mental e  
Membro da Comissão de Pós-graduação dos Institutos de Pesquisa – CIP*

Pode parecer estranho que o título deste texto contenha uma idéia que é o avesso do que é usualmente aceito na relação pedagógica (e do que foi solicitado pelos editores), a saber: de que alunos são formados por professores e não o contrário. Gostaria de problematizar alguns aspectos da relação mestre-discípulo, pois ela me parece emblemática daquilo a que nos propomos realizar em nossa instituição. Já de imediato figura que se tenha instalado certa arrogância no modo como o assunto emerge diante do leitor, até porque seria descabido imaginar que nesta instituição pretenda-se reinventar a pedagogia, e a tal ponto que justificaria posições novidadeiras tão em voga nesses últimos tempos. Trata-se apenas de dar realce a certos aspectos do processo de formação do jovem pesquisador no âmbito do Programa de Aprimoramento Profissional praticado no Instituto de Saúde. Admite-se aqui que o aprimoramento é formação pós-graduada *latu sensu*.

Inicialmente, gostaria de enfatizar a natureza dessa relação. Como toda formação pós-graduada, ela é de tipo artesanal, altamente individualizada, diferenciando-se assim da formação graduada, mais de “massa”. Nesta medida, ela implica desdobramentos intersubjetivos mais adensados e qualitati-

vamente diferenciados.

Pode-se argumentar que toda relação intersubjetiva apresenta as mesmas características, o que é verdade; porém, pretende-se evidenciar que essa aqui contém elementos que a singularizam, já que decorre num tempo e num espaço predeterminados e, ao seu término, visa a um certo produto ou efeito.

Em segundo lugar, gostaria de destacar a intencionalidade dos sujeitos em situação. De fato, qualquer relação pedagógica deve imprimir a intencionalidade e, freqüentemente, a diretividade imposta pelo mestre. No caso, entretanto, é preciso reconhecer que também o aluno estará dotado dessa mesma intencionalidade e diretividade. Obviamente, isto não é o suficiente, pois, se fosse, poder-se-ia dispensar um dos termos da relação, o que significaria anular qualquer pretensão formativa.

Agora, deve-se destacar o papel orientador do mestre, fusão arbitrária da intenção e da direção que ele manifesta. Orientar é atividade própria daquele que sabe. Sabe, no mínimo, o lado para onde fica o oriente, isto é, onde o sol nasce. É poderoso aquele que sabe e, mais ainda, se sabe onde o sol nasce. É verdade que nós, os sanitaristas, orientamos não apenas alunos mas também os usuários dos serviços, de modo que sempre so-

mos as pessoas que, ademais de poderosas, jamais estamos perdidas. O trabalho prático junto ao aluno, e o aluno ele mesmo, irá corrigir tamanho despropósito, e seria útil que também o trabalho junto ao usuário nos corrigisse em nossas intervenções.

Quando um aluno nos procura, e este é o terceiro aspecto a ser comentado, ele o faz porque julga encontrar no seu pressuposto orientador os atributos e as qualidades que o conduzirão a bom termo. Nesta medida, há deposição de confiança, da qual o mestre não pode abrir mão. Então, deve orientar. Aqui, não há modelos rígidos a serem seguidos, a despeito de existirem técnicas didáticas que pensam dar conta do problema. Seria útil imaginar que o orientador é como um parteiro. O parteiro, sabemos, ajuda a mulher durante o parto, mas nem a mulher nem a criança lhe pertencem. Ajudar a conceber não é o mesmo que conceber. O recurso aos clássicos é revelador. Descobre-se que essa posição denomina-se *maiêutica*. Foi proposta por Sócrates, que assim definia a relação que tinha com seus discípulos. A mãe do filósofo fazia partos, isto é, *maiênsis*. A *maiêutica*, assim, é a posição do professor que sabe que ajuda o aluno em seu projeto, ajuda-o a vir à luz, porém também sabe que o projeto pertence ao aluno e não a ele.

Em quarto lugar, e já que estamos discutindo lugares de formação, deve-se salientar o tipo de trabalho a que o aluno se entregará em seu percurso. Nosso produto, ou o nosso serviço, é o conhecimento que produzimos. Nisto não reside nenhuma especificidade: outras instituições de ensino e pesquisa fazem o mesmo. Produzir conhecimento, por outro lado, é coisa que ocorre cotidianamente, na vida de todos os dias das pessoas. Nem precisava, para isso, que então se instituísse a atividade de conhecer. Há conhecimento e há conhecimento metódico, produzido artificialmente pelo uso de determinados artefatos ou dispositivos de produção de verdade. Assim sendo, o eixo da nossa atividade prática é o projeto de pesquisa, e é por meio dele que produzimos conhecimento e somos por ele formados. Trabalho e trabalho em saúde, portanto. É neste mesmo eixo que se acha centrada a formação do aluno. Assim, explicitamos para nós o arranjo político-pedagógico em que nos inserimos e em que inserimos o aluno que nos procura.

Finalmente, certa questão de relevo. Se importa saber quem formamos e, ainda, como formamos, precisava que se respondesse não exatamente para quê haveria essa formação, mas sim que *conteúdos de cidadania* ela pode exprimir. Aqui, beiramos a Ética. Digo

beiramos porque não se trata de moralidade, mas sim de política. Trata-se do permanente desafio posto aos cidadãos sobre os modos de se conduzirem nos assuntos da cidade, quero dizer, de como se articulam entre si visando a produção da vida coletiva. Deste modo, é de uma certa idéia de *democracia* que falamos e de *liberdade*, sem esforço articuláveis entre si, na produção do aluno, como cultura. Assim, poder-se-ia afirmar que formamos recursos humanos para os serviços

de saúde – o SUS, como costumeiramente dizemos –, e isto já não seria pouco. No entanto, seria empobrecer a mirada permanecer nesta superfície. Mais que isso, trata-se de práxis social no melhor sentido do termo. Se dela resultar professores mais bem formados e orientadores mais dispostos ao diálogo, haveria ganho para a saúde coletiva. Expressar literalmente, por fim, a realização da máxima que afirma que “para ensinar é preciso aprender”.

## O FIO E O NOVELO

Daphne Rattner

*Médica sanitaria do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança*

Marinês Martins Miranda

*Psicóloga*

Valéria de Mattos Soares

*Arquiteta*

De início, era o emaranhado. Um primeiro fio soltou-se, a opção profissional. Foram anos de acúmulo de informação, num esforço para expandir a bagagem de conhecimentos. A formatura permitiu o coroamento desse investimento, mas introduziu novas perplexidades: a sociedade é injusta, desigual. Há muita violência, assassinatos, as pessoas se perguntam: “o que faz alguém matar?”. A polícia, teoricamente encarregada de garantir a segurança, também compõe o quadro com sua violência e corrupção, além de estar completamente desestruturada para dar respostas adequadas. Ser psicóloga: os conflitos sociais são medicalizados e vêm demandar os serviços públicos. A sociedade é psicótica, esquizofrênica: polícia mata todo mundo, bandido mata todo mundo. Ninguém sabe, ninguém viu... O ser humano torna-se cada vez mais violento, acuado. Ou a sociedade é deprimida, dá-se um “remediozinho” e os laboratórios agradecem. Tem muita gente incompetente em todo lugar. Ser arquiteta: por onde começar a nova construção que a cada dia se demonstra tão mais necessária? A grande pergunta da recém-formada: como ser profissional, organizar a personalidade, com coerência, com responsabilidade pelo que se está fazendo, nesse universo tão desequilibrado?

A informação acumulada mostra-se inadequada. Apenas a graduação parece ser insuficiente. As indústrias oferecem estágios para quem aceita ser mão-de-obra barata. A possibilidade de aprimoramento, como um primeiro emprego em que se recebe para pensar e entender, adia as mais importantes decisões, coloca-as num compasso de espera.

A visão final: a saúde coletiva está bastante perdida, como nós. Os problemas sociais permeiam tudo, mas sempre existiram, alguns estão mais bem equacionados. Há ainda desemprego, pessoas passando fome, sem perspectiva, sem esperança, pessoas que olham a vida de viés.

Mas foi encontrado o fio principal da meada: a sociedade é uma construção coletiva, a sociedade e todos os seres humanos estão em movimento. Sonhar é possível, ter ideais, querer mudar, mas sozinho pouco se faz. Com a construção coletiva do espaço de interação coletiva abre-se uma porta.

Nova visão, por um fio: há dois movimentos básicos, um de extermínio, outro de criação: tão ampla é a vida, a vida está em tudo, está em nós, está na morte também. O indivíduo nunca será ele só, atrás dele há sua família, uma agregação na igreja, no clube, na comunidade. E a arquitetura traz a possibili-

lidade dessa outra construção, a do espaço coletivo. Se se permanece no indivíduo como única perspectiva, pega-se só o fio do emaranhado, “fica-se olhando a pontinha e o resto não se consegue ver”.

Aprimorar-se em saúde coletiva é descobrir a amplitude, é vislumbrar um aspecto da saúde diferente daquele sempre focalizado, o indivíduo: percebe-se a influência da estrutura do hospital e do sistema de saúde, das características da demanda, e como as perspectivas das pessoas, desses mesmos indivíduos, sejam profissionais e sejam usuários, intervêm nos resultados. Passa-se a apreciar a necessidade de planejamento. Incorporam-se novos conceitos do coletivo: a epidemia, a endemia, o instrumental da estatística. E admite-se que houve uma evolução histórica. Além disso, é preciso inserir nossa profissão, a nossa leitura, nesse contexto. Mas também, com essa nova concepção do todo, aplicar essa complexidade na investigação de um problema específico.

E a pesquisadora recebe essas mentalidades em formação com a incumbência de orientá-las. O tema de sua predileção é o nascimento, a possibilidade de uma oferta de qualidade de vida já no seu surgir, a acolhida calorosa e humana aos que chegam e serão nossa humanidade no futuro. É um bom de-

safio: uma trouxe sua formação voltada para o subjetivo, o mais interno, o mais íntimo, muitas vezes apenas inconsciente. A psicologia ainda é um conhecimento em expansão, ainda na dúvida entre o biológico e as humanidades, ainda questionando sua prática dirigida às individualidades naquele modelo fechado de consultório. E nada há de mais concreto que a matéria para construção, o edifício, preocupação fundamental da arquitetura!

Um movimento de dentro para fora – e outro de fora para dentro. Para a psicologia, a descoberta da importância do suporte emocional durante os trabalhos de parto e partejamento: uma tecnologia simplificada, de baixo custo, recomendada por organismos internacionais, facilmente aplicável nesse nosso contexto em desenvolvimento e que é viável. Esse apoio pode ser do psicólogo, do acompanhante, ou de cada profissional em seu atendimento, “é só mudar o jeito como as pessoas podem se olhar, as pessoas passarem a se enxergar e ao outro, a outra, a parturiente e o bebê, não como apenas mais um número, mas como pessoas”. A dialética do coletivo no individual, ‘individuando’ quem dos nossos serviços necessita.

E na arquitetura se compreende o reflexo do pensamento coletivo voltado para a vida

e para o humano: a importância do acesso, seja geográfico ou financeiro; como se estrutura o sistema de saúde; como os espaços poderiam ser pensados de forma diferente; como é e como poderiam ser direcionados os financiamentos que, no final das contas, é do que tratam as políticas de saúde. Introduzir conceitos subjetivos de percepção do ambiente no planejamento espacial e funcional, nas cores, nas destinações dos locais; humanizar o ambiente hospitalar para quem é atendido e para quem nele trabalha. Perceber que a crença de que o hospital, depois de construído, está acabado, é equivocada: ainda depois de 50 anos está-se construindo, reformando, adaptando, houve aumento de demanda, as especialidades se diversificaram, os arsenais diagnósticos e terapêuticos se sofisticaram, tudo está permanentemente em construção e reconstrução.

E o fio vai-se organizando na possibilidade de um novelo: “você formula uma pergunta de um jeito, não encontra resposta; você muda um pouco o jeito de perguntar...

e a entrevê!”. Incorpora-se a visão de complexidade dos fenômenos, a compreensão de sua origem e decorrências. É uma possibilidade, uma utopia: a sociedade pode ser mais justa, as pessoas podem ser “empoderadas”, é possível melhorar a qualidade de vida e a da assistência, é viável e desejável esse projeto de sociedade coletiva, desde que seja esse o nosso compromisso. Trazendo Monteiro Lobato do Mundo da Lua: “Tudo é loucura ou sonho no começo. Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira – mas já tantos sonhos se realizaram que não temos o direito de duvidar de nenhum”.

E no meio desse fio que se desemaranha e parece finalmente formar um novelo para que se teça esse desejado projeto, encontra-se o grande nó: as discrepâncias continuam, pouco mudam (ou se mudam, pouco se sente), há um pouco caso geral, as políticas sociais ainda são órfãs, as cinderelas no borralho...



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM TRABALHO REALIZADO NO INSTITUTO DE SAÚDE

Ausonia Favorido Donato  
*Diretora Pedagógica do Colégio Equipe e  
ex-Assistente Técnico de Direção do IS*

Desejo agradecer este delicado e generoso convite: o de trazer meu depoimento nesta edição especial do BIS. Sinto-me honrada e surpresa.

Surpresa porque considero que – entre numerosos profissionais que vivenciam o Instituto e até mesmo os que não mais participam dele, e muito contribuíram para o seu desenvolvimento – poderiam ser feitos depoimentos muito mais significativos, na celebração dos 30 anos de nossa instituição.

Cheguei ao Instituto em 1983. Lembro-me de que estava no Colégio Equipe, quando fui convidada para uma entrevista na Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados, com o professor José da Rocha Carvalheiro (não o conhecia). A finalidade não foi revelada. Estava afastada da saúde pública, não por opção, há quatro anos. Estimulada pelos amigos do Equipe, compareci à entrevista, às 15h. Seu término? Às 21h! Bem, fiquei sabendo que o entrevistador estava escolhendo um profissional para assumir o Serviço de Educação. Parafraseando o professor Carvalheiro: o principal culpado pela minha vinda para o Instituto foi Gosciny, um dos autores de Asterix. Explíco-me. Durante a entrevista, em determinado momento, o professor Carvalheiro começou uma citação do Abracurcix, e eu imedi-

atamente a completei. Descobrimos assim uma primeira identidade: éramos dois afeiçoados por Asterix. Carinhosas brincadeiras à parte, devo dizer que houve grande sintonia de pensamentos, idéias, convicções e valores.

Ao assumir a direção do Serviço de Educação de Saúde Pública em setembro de 1983, deparei-me com concepções divergentes sobre educação, embora houvesse uma, dominante, próxima de uma prática autoritária e centrada na transmissão quase exclusiva de conhecimentos biológicos.

Tal prática era contestada por técnicos que possuíam atitude crítica, mas não tiveram condições de mudá-la.

Verifiquei, igualmente, a presença de uma série de limitações administrativas obstando operações produtivas das áreas de competência: Pesquisa, Treinamento, Programas e Comunicação Social. Somava-se a isso o desestímulo do corpo técnico, agravado pelo drástico esvaziamento de recursos humanos provocado tanto pela política de compressão salarial quanto pelo imobilismo do processo seletivo de novos servidores – sem aludir aos funcionários comissionados e licenciados a longo prazo.

O Serviço de Educação estava também afetado pelo momento com que a direção do Instituto de Saúde se confrontava – o de re-

pensar suas atribuições específicas –, daí a necessidade de refletir sobre sua própria reativação, não só a concepção de Educação em Saúde a orientar suas novas diretrizes, mas rever a linha de pesquisa a ser adotada e os materiais educativos a serem produzidos.

Durante o exercício de 1984, com a vinda de educadores e desenhistas concursados, demos início à reorganização da estrutura interna de apoio às ações de Pesquisa, Treinamento e Programas, e *a posteriori* passamos a incorporar os resultados obtidos nessas três áreas à de Comunicação Social, com o propósito de redefinir a forma de transmissão de suas mensagens. Isso porque o Serviço de Educação, embora com a preocupação de inovar, nem sempre teve a oportunidade de transformá-las ou de reavaliar seus materiais institucionais.

Então, como primeiro passo, procurei com a adesão dos educadores recém-vindos e de alguns que se encontravam nesse Serviço, recuperar o trabalho realizado, para redimensioná-lo com a nova proposta, e estabelecer a própria definição, em conjunto, das concepções e diretrizes para o serviço.

À medida que passamos a contar com o apoio de outros setores do Instituto de Saúde, friso, entraves de caráter administrativo e de interação no TS-Ed. foram sendo supe-

rados.

Hoje, analisando aquele momento, devo dizer que um processo verdadeiramente novo, enriquecedor de trabalho, de transformação de perspectivas para a área de educação em saúde, se deu com a chegada do emérito educador Joaquim Alberto Cardoso de Melo – sua marca não foi apenas a da inovação ou da renovação, mas a da transformação. Grande Juca! Que saudade!

Com o risco de este depoimento se tornar cansativo, gostaria que soubessem como é difícil extrair algumas passagens de todo esse processo intensamente vivido.

Traço minha experiência com o grupo de pesquisadores que atualmente compõe o Núcleo de Investigação de Sistemas e Serviços de Saúde.

Julgo ter contribuído para a definição de suas três vertentes de atuação: o aprofundamento teórico e metodológico das concepções fundamentais dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), o projeto de investigação que procurava estudar as formas de implantação e implementação dos Silos e o projeto de assessoria às equipes multidisciplinares de saúde de alguns municípios do Estado de São Paulo (para a implantação desse sistema).

Durante essas assessorias, uma das gran-

des preocupações dos profissionais era discutir o conceito do “novo” modelo assistencial. Para essa finalidade, valemo-nos de procedimentos didático-pedagógicos com ênfase em algumas situações em que os participantes pudessem “desintoxicar” seus vocabulários, sua linguagem freqüentemente cifrada. Muitas vezes, certos vocábulos eram repetidos quase mecanicamente, sem que lhes atribuíssem significados.

Valemo-nos também, com o auxílio da análise semiótica, da discussão de mensagens televisivas e radiofônicas, para identificar a concepção de saúde que estava sendo vinculada e percebida pela população.

Ressalto que nosso papel de assessoria foi o de intencionalmente criar situações de ensino-aprendizagem com a finalidade de garantir que as pessoas envolvidas no processo produzissem e se apropriassem dos conhecimentos e do método de construção desses conhecimentos. Dito de outra forma, tínhamos a intenção de que todos se tornassem sujeitos nesse processo.

Criávamos situações, portanto, que possibilitassem às pessoas tomar consciência de sua prática cotidiana – o que faziam, como faziam, qual o sentido do que faziam e o que sentiam.

Com base nessa experiência, foi possível

desenvolver o projeto de avaliação do processo de municipalização no Estado de São Paulo.

Outra passagem extremamente significativa foi a participação no Programa de Aprimoramento para Profissionais na Área de Saúde Coletiva, promovido pela Fundap.

Esse programa se desenvolvia de forma compartimentada: cada setor do Instituto, na sua área específica, era responsável pelo processo de seleção, recrutamento e formação de estagiários. A partir de 1984, houve uma transformação na organização desse processo. Para manter coerência com a proposta da instituição – investigar reflexão e análise das questões gerais da saúde coletiva –, o aprimoramento passou a ter uma coordenação geral.

O recrutamento, a seleção e a formação deixaram de ser setoriais e transformaram-se em responsabilidade da instituição. O propósito do estágio torna-se o de propiciar uma experiência de formação de recursos humanos para a investigação na área de saúde coletiva. Para que o objetivo se concretizasse, organizou-se, como primeira atividade no estágio, um curso em tempo integral, cuja meta era formar profissionais em saúde coletiva capazes de analisar criticamente o processo ‘saúde-doença’ numa sociedade de clas-

ses. Assim, foram criadas situações de ensino-aprendizagem que proporcionassem aos alunos o reconhecimento da realidade da saúde no interior de uma sociedade concreta, a identificação dos determinantes dessa realidade e a proposição de formas de intervenção na realidade político-institucional.

Por mais que queira dar ênfase, talvez não consiga apontar o significado que teve para mim essa vivência. A adesão total dos companheiros do Instituto a essa nova proposta chegava a ser comovente. Eram horas intermináveis de discussão e reflexão sobre o significado e o sentido de nossas ações para a

vida dos estagiários e, naturalmente, para a instituição. Implicava, em vários casos, uma mudança radical na forma de conceber o ensino. Até para aqueles que eram professores universitários. Expresso meu sentimento de gratidão e de reconhecimento a todos vocês que me propiciaram grandes aprendizados.

Considero que o Instituto de Saúde sempre conduziu-se pela práxis ética, compromisso e amorosidade.

Estamos todos de parabéns ao comemorar seu aniversário.



Depoimentos de ex-aprimorandos



## APRIMORAMENTO EM SAÚDE

Jucilene Leite da Rocha  
*Psicóloga*

Minha opção por fazer o aprimoramento em saúde foi tomada no último ano do curso de Psicologia, após vários questionamentos quanto ao meu futuro profissional. Incomodava-me muito o fato de estar fazendo um curso em que o principal objeto é o estudo da saúde mental e não haver discussões sobre a inter-relação dela com os outros problemas de saúde. Percebia que boa parte de nós acabaríamos prestando os concursos públicos para trabalhar em alguma Unidade Básica de Saúde e isso era um pouco confuso, pois via apenas como um lugar em que se toma vacina. É um problema da formação, reconheço, e por isso mesmo me interessei em conhecer o Sistema de Saúde para compreender uma frase que vi em um cartaz durante o estágio em um centro de saúde: “Saúde – direito de todos, dever do Estado”.

Posso dizer que o curso de aprimoramento oferecido por esta instituição não só respondeu as minhas dúvidas, mas também me capacitou a trabalhar com as diversas questões que envolvem o sistema de saúde, e me levou a pensar além da saúde, ligada à estrutura psíquica e emocional das pessoas.

Falando um pouco das aulas, foi uma experiência e tanto; afinal de contas, passava por várias áreas do conhecimento e todas elas tinham como objeto questões da saúde e, de

certa forma, se integravam na mesma coisa, a saúde das pessoas, e saber que saúde não é apenas ausência de doença.

A inserção no núcleo é uma forma primorosa para aprender a fazer pesquisa muito diferente daquela que aprendemos na universidade. A pesquisa voltada para os serviços de saúde é aproveitada mais rapidamente, é feita em cima de problemas que precisam de resposta rápida. Cada passo para mim foi uma nova descoberta; foi gratificante discutir o problema, o objeto, a metodologia a ser empregada, o campo, os resultados.

Um ponto ao meu ver precisa ser destacado: o curso de aprimoramento oferecido pela Fundap em parceria com instituições do Estado foi criado para oferecer profissionais qualificados para trabalharem no serviço público; no entanto, não é isso o que tem acontecido, e somos aproveitados pelo setor privado e organizações não-governamentais. Dentro desse quadro, sou um caso a parte, pois ao terminar o curso continuei trabalhando no Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, que me recebeu, e tenho trabalhado a convite de organizações não-governamentais que têm seu trabalho voltado para saúde para fazer pesquisa.

Hoje posso dizer que o curso me capacitou a trabalhar com as questões da saúde



muito além do que aprendi na graduação, permitindo entender que saúde não é apenas a ausência da doença, mas que existe uma gama de fatores envolvidos. E a frase do car-

taz vim saber que era parte do artigo 196 da Constituição Federal e passei a exigir e defender aquilo que é de direito de cada um de nós.

## NOVOS CAMINHOS

Simone Ribeiro Spinetti  
*Assistente Social*

Ninguém passa por esta vida sem mudar. Foi num destes processos de mudança que eu decidi, depois de quase 12 anos de carreira como secretária bilingüe, voltar a estudar. Nesse retorno ao estudo, fui fazer o que eu sempre desejei em toda a minha vida, apesar da relutância de muitos amigos e o grande incentivo da família: serviço social. Foram quatro anos (1993-96) muito ricos e também difíceis, pois conciliar vida profissional e estudos nunca é um processo fácil.

Apreendi muito, cresci e, nesse meio tempo, cheguei à conclusão de que tinha de tomar uma difícil decisão: ou continuar minha carreira como secretária, com um bom salário garantido no final do mês, além de toda a experiência e segurança, ou desistir de tudo e investir na carreira de assistente social, atuando na área de pesquisa e como professora, possivelmente sentindo uma grande realização pessoal. Foram meses de indecisão em que conversei com diversos profissionais, professores, familiares e amigos, alguns à favor, outros contra.

Num dado momento desse processo, eu sabia que a decisão seria minha, e que quando tomamos uma posição, ganhamos alguma coisa e perdemos outra. Impossível ter tudo! Foi um difícil aprendizado. Optei pela minha profissão de assistente social e resolvi in-

vestir em um curso de especialização.

Na procura do curso adequado, encontrei em um anúncio de jornal informações sobre o Curso de Aprimoramento em Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde – SES/SP. Fiz a prova, passei e cursei. Foram dois anos (1997-99) de aprendizado extremamente rico para mim, era como se eu tivesse tomado contato com outro mundo.

Tentei, no primeiro momento, não criar expectativas, mesmo porque eu sabia muito pouco sobre “saúde coletiva”, e minha experiência com pesquisa resumia-se ao meu trabalho de conclusão de curso, apresentado no último ano de faculdade. Fui inserida no Núcleo de Nutrição, onde se desenvolvem pesquisas na área de nutrição, enfocando principalmente populações carentes.

No primeiro ano, foi possível conhecer a tão famosa “saúde coletiva”. À medida que a saúde coletiva foi tomando conta da minha vida, eu começava a me sentir mais segura para procurar outras possibilidades na área. As aulas foram ministradas por profissionais competentes e trouxeram uma bagagem muito importante para o meu futuro, principalmente graças ao enfoque precioso da epidemiologia e ao aprendizado de softwares estatísticos imprescindíveis na área

de saúde; foi possível tomar contato, através de palestras e encontros realizados no Instituto de Saúde, com importantes profissionais da área, sendo que, em um desses encontros, fui apresentada ao meu futuro orientador de mestrado; a participação no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco foi extremamente importante na definição da minha busca profissional.

No segundo ano, tivemos como norma curricular do curso de aprimoramento desenvolver uma pesquisa. O tema trabalhado na pesquisa de aprimoramento é o mesmo tema que trabalho no mestrado. Como se tratava de meu último ano de aprimoramento, e eu já havia definido meus objetivos, resolvi prestar prova de mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Prestei e passei! Essa conquista eu dedico aos conhecimentos apreendidos durante o aprimoramento, à qualidade e à atualidade das informações recebidas. Prestei concurso para assistente social na área de saúde, passei, o curso de aprimoramento foi extremamente valioso na contagem de pontos e títulos.

Atualmente, estou atuando na rede. Houve também outras conquistas importantes, como a publicação de um artigo sobre os resultados da minha pesquisa no Boletim do Instituto de Saúde, que tem uma grande cir-

culação na área de saúde coletiva. Muitos devem estar-se perguntado se não houve problemas nesses dois anos de aprimoramento. Posso dizer que sim, e o principal deles foi trocar um salário razoável por uma bolsa de estudo pequena; outros são de ordem prática, do tipo: como conciliar profissionais recém-formados de diversas áreas e com os mais variados pontos de vista numa relação harmônica. Mas dentre todos esses problemas, posso garantir que foi uma das fases mais importantes da minha vida profissional, e para alguém que não tinha nem expectativas, confesso que o que foi realizado superou até mesmo as minhas mais remotas fantasias sobre o curso.

Gostaria de dizer que quando definimos objetivos em nossas vidas as barreiras são inevitáveis, mas também preciosas; é preciso mais do que tudo saber o que se quer, e querer de fato; ser tolerante e não ter medo de realizar! Agradeço à Fundap, à Comissão de Aprimoramento, principalmente à Maria Mercedes Loureiro Escuder e à Cláudia Maria Bógus, aos funcionários do Instituto de Saúde que foram sempre muito receptivos, aos pesquisadores dos diversos núcleos que tiveram grande influência em minha vida profissional e, principalmente, às pesquisadoras do Núcleo de Nutrição. Muito obrigada!

## FORMAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA: A EXPERIÊNCIA DE APRIMORAMENTO EM SAÚDE COLETIVA NO INSTITUTO DE SAÚDE

Leny Sato

*Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Social, professora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, do Instituto de Psicologia da USP*

“São Paulo, 17 de janeiro de 1984.” Era o local e, se não me engano, a data, e o tema da prova escrita do exame de seleção para aprimoramento no Instituto de Saúde. Lembrome de que uma pessoa ao meu lado, tomada de surpresa com a questão da prova, exclamou algo como: “puxa vida!!!”. Depois, vim a conhecê-la. Era Carmem, nutricionista que fora aprovada, como eu e mais sete profissionais formados em psicologia, sociologia, comunicação, nutrição e matemática: Marina, Zaira Arruda Botelho, Pilar Traviero, Márcia Turrini, Cláudio Monteiro, José Thomas S. Monteiro e Marcos Ianoni. Após o exame escrito, a entrevista. Se bem me recordo, a banca era composta por Ausonia F. Donato, Luiza S. Heimann, Paulo Teixeira, Carlos Baldijão, Olavo Viana e Maria Helena Augusto.

Não conhecia o Instituto de Saúde. Soube de sua existência, e de que haveria esse processo seletivo, por Lucy Guibu, irmã de minha amiga Lilian Guibu.

O curso de aprimoramento fez-nos estudar, no primeiro ano, assuntos com os quais nunca tivera contato (como Epidemiologia e Políticas Públicas) e aprofundar o conhecimento dos clássicos das Ciências Sociais, além de rever, para terror dos psicólogos, uma

matéria como Estatística. Em meio a tudo isso, havia uma série de palestras, eventos e cursos de curta duração. Tivemos contato com as diversas áreas do Instituto. Tanta coisa, tanta gente fazendo coisas que nunca sonhara serem feitas. Nutrição, Doenças Crônicas, Mulher e Criança, Oftalmologia e Dermatologia Sanitária, Enfermagem e Educação em Saúde Pública. Em todos esses campos, o profissional de psicologia era figura rara. E não por acaso, mas em razão de uma formação voltada para a clínica e que apresenta limites claros para a atuação em saúde coletiva. Se a primeira tende a focalizar a pessoa isoladamente, a segunda nos faz vê-la sempre no contexto e em relação. Estavam sendo criadas duas novas áreas: Saúde e Trabalho e Saúde Ambiental. Optei por concentrar-me na área de Saúde e Trabalho, coordenada por Francisco Antônio de Castro Lacaz. Cláudio Monteiro André levava-nos a Diadema, Santo André, São Caetano, São Bernardo, Mauá e a Baixada Santista, a procurar ruelas escondidas e entrevistar trabalhadores para as nossas pesquisas.

Além de conhecer a organização dos serviços de saúde pública, o perfil de morbidade da população, identificar prioridades de atuação e aprender métodos distintos de

pesquisar, minha formação tornou-se rica pelo fato de conhecer jeitos distintos de pensar o mundo, pois havia profissionais com outras formações, e também pela possibilidade de entrar em contato com o pensamento sanitário, exemplo da preocupação com as íntimas relações entre ciência, técnica e política. Talvez o momento que vivíamos fortalecesse essa preocupação. Era o momento das “Diretas Já” e muitos de nós, aprimorandos, com os preceptores, alguns professores como José da Rocha Carvalheiro, vestimos roupas ama-

relas e fomos ao Vale do Anhangabaú.

Grandes amigos tenho desde esta época. E não hesito em dizer que o Instituto de Saúde está no meu coração, que foi um privilégio formar-se nele, e ter adquirido a possibilidade de construção autônoma de caminhos e de visão de mundo, e a oportunidade de pensar o Trabalho na Vida e na Saúde das pessoas.

Hoje, fico contente em ver ex-alunas trabalhando no Instituto.

## UM PEQUISADOR: AS TRAJETÓRIAS DE UM EFEITO OU VIDE ANVERSO

Umberto Catarino Pessoto

*Sociólogo e Pesquisador Científico I do*

*Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde*

O comentário sobre a importância, para trajetória profissional, do aprimoramento em saúde coletiva do Instituto de Saúde feito por um pesquisador científico e ex-aprimorando do Instituto de Saúde é quase um truísmo. Só não o é por absoluto em razão da velha máxima do poeta português: viver não é preciso.

Quando fiz o concurso para o que chamávamos, à época, estágio profissional (hoje, chamar um “aprimorando”, esse gerúndio, de estagiário é quase como profanar o sagrado), exigia-se que estivéssemos formados a não mais que dois anos. Atualmente ampliou-se esse tempo para quatro. Há de fato uma grande diferença nesses prazos e são dois os seus determinantes. Um é que, em quatro anos, já podemos saber se fizemos a escolha certa na adolescência e, o outro, é que nesses tempos de aceleração máxima do tempo, que engendra caduquices precoces, tanto de técnicas quanto de nichos profissionais, não se pode dar-se ao “luxo” de “ficar olhando a banda passar” para citar, agora, um poeta genuinamente nacional.

Situado, e bem, nessa barafunda, da escolha acadêmica acertada e participar da banda, o aprimoramento é uma etapa decisiva na perspectiva profissional de qualquer um dos formados nas carreiras contempladas pelo

estágio profissional.

Não conheço os outros do gênero, mas posso afirmar que o aprimoramento do Instituto de Saúde é uma poderosa ferramenta para futuras inserções em qualquer outro campo de atividade no mercado. Isto, creio eu, é porque uma de suas grandes qualidades é a forma como está estruturado: desde a “grade curricular” até a inserção dos aprimorandos nos núcleos de pesquisa. E a essa forma se conforma um conteúdo peculiar. O conteúdo de que falo aqui é a práxis pedagógica.

Nos idos de 1988, quando ingressei nesse egrégio curso, a interação entre os vários campos disciplinares, dos quais éramos oriundos, já apresentava um traço distintivo. Aquele conteúdo, objetivado na coordenação segura e no incentivo sistemático da professora Ausônia, realizava, mesmo sem que soubéssemos, o que de uns tempos para cá caiu no gosto dos expertos em RH: o trabalho coletivo informado pela interação respeitosa e profícua das disciplinas. Esse ‘jeitão’ de trabalhar hoje assumiu várias roupagens, e.g. inter ou transdisciplinaridade, conforme a preferência do freguês.

Essa práxis pedagógica, associada ao ecletismo da grade curricular, permite ao aprimorando um aprendizado especializado

que, a rigor, tem como marca fundamental a versatilidade. O que, diga-se de passagem, não se encontra freqüentemente em cursos ou estágios dessa natureza.

Todo o intróito foi para referir-me ao fato de que, após a passagem por essa experiência, o desempenho, em outras inserções profissionais, que não esta ou outra instituição de pesquisa, pode ser mais seguro, estável e consistente. O trabalho coletivo e a (re)elaboração dos saberes, efetivados pela práxis singular que aqui se desenvolve, capacita o aluno a um tipo de inter-relação profissional que hoje, mais que nunca, está sendo exigido em todo e qualquer empreendimento, seja no setor público ou privado.

Digo isso porque, como não poderia deixar de ser neste caso, reporto-me a minha própria experiência. Meu desempenho nos dois empregos anteriores a este, não tenho dúvidas disso, foi determinado, em muito, por esse aprendizado. Tanto na Secretária do Planejamento em Santo André/SP, quanto no Distrito de Saúde do M'Boi Mirim, em São Paulo, as capacidades adquiridas no aprimoramento foram essenciais no desempenho de minhas funções. Em Santo André, a flexibilidade e o saber-fazer coletivo fizeram a diferença; no Distrito de Saúde, o conteúdo curricular. É óbvio que sendo específico assim, via de re-

gra, incorremos em reduções, mas essa é a característica inextricável dos exemplos quando aludem a fatos complexos da vida.

Certa vez, em um desses remotos programas de entrevistas, o educador Paulo Freire afirmou que se um dia todos acordassem perguntando “Por quê?” o mundo mudava. Em tempos sombrios como esses, em que a divergência de pensamento é condenada ao ostracismo, talvez seja pedir demais aos simples que divirjam ou mesmo que indaguem o porquê das coisas, mas ao pesquisador não. Este, por ser distinto – e não há ilusão nisso – tem o dever de romper com as grades mentais que submetem o pensamento criador à mesmice. É da sua essência o pensamento ‘indagante’, a curiosidade, a dúvida, a volição exploratória, a reflexão sobre o próprio trabalho. E essas qualidades, se presentes no aprimorando, o curso ajuda a desenvolver.

O Instituto de Saúde ocupa um posição singular no quadro da produção científica sobre saúde no Estado de São Paulo. A pesquisa sobre o SUS em geral, ou sobre os seus serviços, programas e temáticas específicas, possibilita ao aprimorando uma visão abrangente sobre os efeitos da vida econômica, política e cultural na saúde da população. Essa peculiaridade permite uma reflexão sistêmica e sistemática da evolução/

involução de suas condições de vida e saúde. A reflexão sistêmica, associada a revisões bibliográficas periódicas, configura o que podemos chamar de pensamento social em saúde, ou seja, a capacidade que o sistema de saúde e seus agentes têm de refletirem sobre sua prática e sobre si mesmos. E isso não é pouco.

Uma outra característica importante do aprimoramento no Instituto de Saúde é a possibilidade que este oferece ao aluno de estar em contato com os serviços. Isso ocorre em razão do próprio objeto e da prática da pesquisa. De entidade metafísica os serviços se transmudam em realidade objetiva, concreta.

Tudo que escrevi acima, a meu ver, atesta a relevância do aprimoramento do Instituto de Saúde em parceria com a Fundap. E mais, implica profunda influência na vida profissional dos que aqui passaram, passam ou passarão.

Não falei das mazelas, mas essas deixemos que os descontentes e os desafetos propaguem.





ISBN 85-88169-02-9



9 788588 169029