

Marilene de Sá Cadei
Tonia Costa

| Educação em Saúde





Fundação

CECIERJ

Consórcio **cederj**

Centro de Educação Superior a Distância do Estado do Rio de Janeiro

Educação em Saúde

Volume 1 - Módulo 1

Marilene de Sá Cadei

Tonia Costa



**SECRETARIA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

Ministério
da Educação



Apoio:



Fundação Cecierj / Consórcio Cederj

Rua Visconde de Niterói, 1364 – Mangueira – Rio de Janeiro, RJ – CEP 20943-001

Tel.: (21) 2334-1569 Fax: (21) 2568-0725

Presidente

Masako Oya Masuda

Vice-presidente

Mirian Crapez

Coordenação do Curso de Biologia

UENF - Milton Kanashiro

UFRJ - Ricardo Iglesias Rios

UERJ - Cibeles Schwanke

Material Didático

ELABORAÇÃO DE CONTEÚDO

Marilene de Sá Cadei

Tonia Costa

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTRUCIONAL

Cristine Costa Barreto

DESENVOLVIMENTO INSTRUCIONAL E REVISÃO

Patrícia Alves

Ana Tereza de Andrade

COORDENAÇÃO DE LINGUAGEM

Cyana Leahy-Dios

COORDENAÇÃO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO

Débora Barreiros

AVALIAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO

Aroaldo Veneu

Departamento de Produção

EDITORA

Tereza Queiroz

COPIDESQUE

Cristina Maria Freixinho

REVISÃO TIPOGRÁFICA

Elaine Bayma

Patrícia Paula

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO

Jorge Moura

PROGRAMAÇÃO VISUAL

Sanny Reis

ILUSTRAÇÃO

Morvan Neto

CAPA

Morvan Neto

PRODUÇÃO GRÁFICA

Patricia Seabra

Copyright © 2005, Fundação Cecierj / Consórcio Cederj

Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, mecânico, por fotocópia e outros, sem a prévia autorização, por escrito, da Fundação.

C122e

Cadei, Marilene de Sá.

Educação em saúde. v. 1 / Marilene de Sá Cadei; Tonia Costa. – Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009.

224p.; 19 x 26,5 cm.

ISBN: 85-7648-204-5

1. Educação e saúde. 2. Transversalidade da saúde. 3. Qualidade de vida. 4. Drogas. 5. Violência e estresse. 6. Sexualidade e responsabilidade. 7. Saúde ambiental. I. Costa, Tonia. II. Título.

CDD: 372.37

Governo do Estado do Rio de Janeiro

Governador
Sérgio Cabral Filho

Secretário de Estado de Ciência e Tecnologia
Alexandre Cardoso

Universidades Consorciadas

**UENF - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**
Reitor: Almy Junior Cordeiro de Carvalho

**UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO**
Reitor: Ricardo Vieiralses

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Reitor: Roberto de Souza Salles

**UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO**
Reitor: Aloísio Teixeira

**UFRRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL
DO RIO DE JANEIRO**
Reitor: Ricardo Motta Miranda

**UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO**
Reitora: Malvina Tania Tuttman

SUMÁRIO

Aula 1	– Conceituando saúde	7
Aula 2	– Educação em saúde: O que é?	29
Aula 3	– A transversalidade da saúde	51
Aula 4	– Saúde, cidadania e qualidade de vida	63
Aula 5	– Saúde ambiental	87
Aula 6	– Educação, informação e divulgação em saúde	103
Aula 7	– Drogas, um assunto polêmico	123
Aula 8	– A nutrição em debate	143
Aula 9	– Violência e estresse: a necessidade de uma cultura de paz	167
Aula 10	– Sexualidade e responsabilidade	187
Referências		209

Conceituando saúde

AULA

1

Metas da aula

Expor diferentes conceitos de saúde, os principais pontos de debate das grandes conferências sobre saúde, e destacar a importância da ação educativa na promoção da saúde.

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Descrever diferentes conceitos de saúde.
- Diferenciar prevenção de doenças e promoção da saúde.
- Reconhecer algumas características e os principais avanços das grandes conferências em saúde.
- Destacar a importância da ação educativa na promoção da saúde.
- Desenvolver uma visão holística do homem em detrimento de uma visão fragmentada.

INTRODUÇÃO

Com esta aula, você está iniciando uma série de quinze aulas da disciplina Educação em Saúde. Nosso objetivo consiste em abordar e analisar criticamente a complexidade que envolve o campo da saúde, assim como capacitá-lo para trabalhar com esta disciplina no Ensino Fundamental e Médio.

Para isso, iremos apresentar e discutir diferentes conceitos, mas, principalmente, relatar e interpretar situações reais do cotidiano em que esses conceitos, funcionando como referencial teórico, poderão servir de base para a análise da situação relatada.

Fique atento às notícias de jornais e revistas e da televisão, pois elas poderão enriquecer o seu estudo, ao fornecerem novas informações e descobertas no campo da saúde ou apresentarem situações reais para análise. Aliás, fique atento, principalmente, ao que acontece ao seu redor (ocorrência de doenças, acidentes, discussões sobre questões relacionadas à saúde etc.), às características e alterações do ambiente mais próximo e às condições de saúde e modo de vida das pessoas com as quais convive. Desta maneira, você poderá aprender de forma mais dinâmica e curiosa.

Sempre que possível, portanto, esteja preparado para entrar em ação em sua casa, local de trabalho ou comunidade, pois muitas das tarefas que serão propostas necessitarão de sua participação ativa e crítica nos locais onde habita.

Bem, como você já deve estar percebendo, esta disciplina não pretende apenas informá-lo, mas também incentivá-lo a tornar-se um cidadão mais ativo e participante em relação às questões de saúde.

Mas, calma! Não se assuste! Começaremos bem devagar!

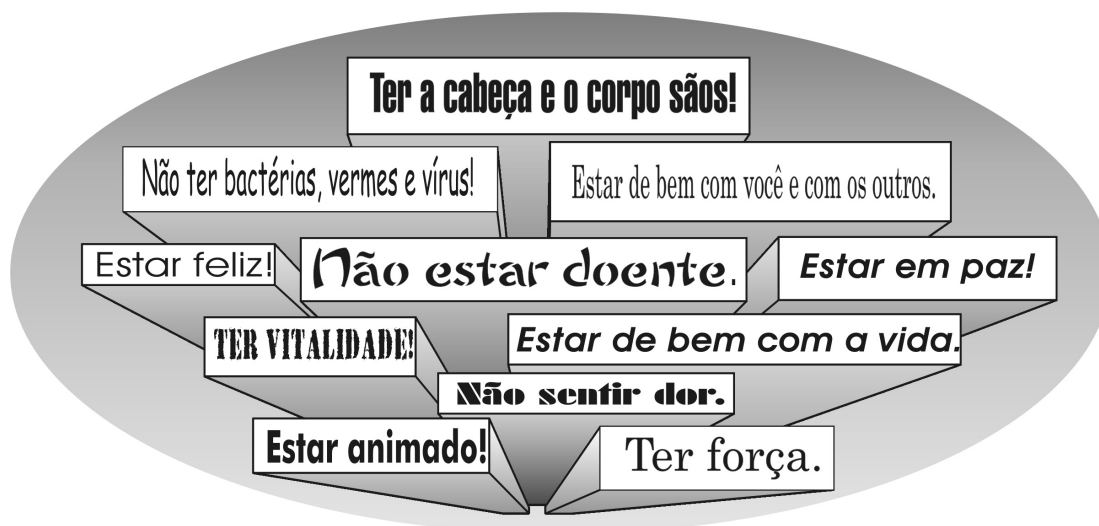
Nesta primeira aula, trabalharemos uma parte mais teórica, mas essencial para as próximas aulas, pois apresentaremos e discutiremos os diferentes conceitos de saúde, indicando qual será adotado em nosso trabalho.

É importante ficar atento às aulas iniciais para compreender que referenciais teóricos estão sendo utilizados para embasar os conceitos que abordaremos, uma vez que todas as demais aulas serão elaboradas tendo como base esses referenciais.

O QUE SIGNIFICA TER SAÚDE?

Considerando que este curso trata de educação em saúde, parece-nos pertinente, em primeiro lugar, discutirmos o significado da palavra saúde.

Se você sáísse por aí perguntando às pessoas que encontrasse pelo seu caminho o que é ter saúde, certamente ouviria algumas respostas parecidas com estas:



E para você, o que é ter saúde? Que resposta(s) se assemelha(m) ao seu conceito de saúde? Que tal escrever no quadro a seguir o seu conceito de saúde, antes de prosseguirmos?

Agora, observe o seu conceito e os demais e pense: será possível definirmos saúde de forma unívoca, ou seja, será que só existe um conceito, um único significado de saúde? Ou será que o conceito de saúde expressa múltiplos sentidos como decorrência da integração dos sujeitos com as suas diferentes formações profissionais, níveis de educação, modos de vida e ambientes?

Se a palavra saúde é empregada em diferentes contextos – históricos, sociais, lingüísticos etc. –, ela se apresenta de diferentes formas, pois depende das experiências individual e coletiva. Assim sendo, “a palavra saúde admite uma pluralidade de leituras possíveis (...) marcada por diferentes sentidos” (BIRMAN, 1999, p. 7).

Essa questão da pluralidade é central em nossa discussão. “Plurali o quê?”, você deve estar se perguntando! O que significa, então, a palavra pluralidade? O que é ser plural em relação ao conceito de saúde?

Pluralidade, do latim *pluralitate*, significa qualidade do que é plural, variado, diversificado. Na verdade, a “pluralidade de leituras possíveis”, a que se refere Joel Birman (1999), diz respeito à possibilidade de abrir um leque de conceitos que tentam superar um significado único, definido pela Biologia e pelas Ciências da Natureza.

Isso só foi possível devido à inserção de outras áreas, especialmente das ciências sociais e humanas, no campo da saúde pública, pois permitiu a discussão acerca do modelo de saúde que era e ainda é, infelizmente, adotado por alguns profissionais – o modelo biológico e naturalista de se pensar e definir saúde. Esse modelo reduz as questões de saúde aos seus componentes biológicos, negligenciando todos os demais fatores que interferem no binômio saúde/doença.

As discussões acerca desse modelo propiciaram significativas mudanças no campo da saúde para... avançar! Avançar, sobretudo, pela valorização e incorporação de outras áreas como a Sociologia, Antropologia, História, Psicanálise, Filosofia e Ecologia. A incorporação das contribuições teóricas dessas diversas áreas propiciou uma percepção da relação saúde/doença com um nível de complexidade que antes não era visualizado. Isto fez com que, ao se falar de saúde hoje, seja necessário realizarmos o grande esforço de nos debruçarmos sobre suas complexas relações com elementos de natureza diversa – psíquica, social, antropológica, histórica. Isso quer dizer, em suma, que novos sentidos foram atribuídos à palavra saúde e que esses sentidos se articulam no espaço social.

Com isso, a saúde, que até o início do século XX era tida como um mero estado de ausência de enfermidade ou doença física, passou a se converter em “algo mais do que o mero estado de não estar enfermo” (EPP, 1996, p. 25). Essa nova compreensão de saúde foi apropriada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, desde 1948, passou a definir saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

Essa nova concepção de saúde difundida pela OMS veio ampliar a definição e compreensão do termo saúde, mas ainda não deu conta da complexidade do que seja estar com saúde nos dias atuais. Por isso, novos aspectos como a relação com o meio ambiente foram incorporados à sua definição. Mas, espere! Vamos parar por aqui agora! Numa de nossas próximas aulas, voltaremos a abordar essa questão.

Que tal agora fazer uma atividade para trabalhar um pouco com o conceito de saúde?



ATIVIDADE

Pesquisando Conceitos de Saúde

1. Nesta atividade, você deverá realizar uma pequena pesquisa sobre o conceito de saúde com pessoas de diferentes idades, profissões, escolaridades e níveis socioeconômicos. Lembre-se de que, ao encontrar-se com as pessoas a serem entrevistadas, você deverá apresentar-se, explicar o objetivo desta pequena pesquisa e garantir o anonimato das respostas. Se for possível, e o entrevistado permitir, use um gravador. Caso contrário, registre numa folha a resposta dada. Tenha o cuidado de não alterar esta resposta.



Esta atividade é um exercício de coleta de dados. Se você estivesse, realmente, desenvolvendo uma pesquisa, deveria dirigir-se aos possíveis entrevistados por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual deveria ser assinado, caso o entrevistado consentisse em participar da pesquisa.

Passe para o quadro a seguir os resultados da sua pesquisa. Após registrar as respostas, verifique se as mesmas estão mais relacionadas à visão de saúde como ausência de doenças ou à definição adotada pela OMS. Marque um “x” na coluna em que a resposta estiver associada.

PERGUNTA A SER RESPONDIDA O que é saúde?			
Entrevistado	Resposta	Saúde como ausência de doenças	Definição adotada pela OMS
Criança com até 10 anos.		()	()
Adolescente com até 16 anos.		()	()
Adulto com Ensino Fundamental (1ª a 4ª séries).		()	()
Adulto com Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries).		()	()
Adulto com Ensino Médio.		()	()
Professor de Ciências/Biologia.		()	()
Professor de outra área: _____		()	()
Profissional da área de saúde: _____		()	()
Profissional da área de comércio: _____		()	()
Pessoa a escolher: _____		()	()

Analise as respostas obtidas, de modo a identificar se ocorreu a predominância de uma das concepções. A que conclusão você chegou?

RESPOSTA COMENTADA

É provável que você tenha identificado, nas falas, as duas concepções. É também possível que não tenha ocorrido a predominância de uma concepção sobre a outra. Pode ser, ainda, que você tenha encontrado respostas que não se enquadrem em nenhum dos dois tipos de conceito, o que permite concluir a coexistência de diferentes percepções acerca do termo saúde.

Não se assuste, porém, se você encontrou apenas respostas relacionadas a uma das concepções. Certamente, isso ocorreu devido ao tamanho reduzido da sua amostra.

UM POUCO DA HISTÓRIA DA RELAÇÃO MEDICINA/SAÚDE

Bem, que tal agora conhecer um pouco da história da relação medicina/saúde? Vamos lá!

Até o século XVIII, a Medicina referia-se à saúde e às qualidades que deveriam ser mantidas. A prática médica do período Pré-Revolução Industrial destacava regras de vida e de alimentação que o indivíduo deveria impor a si mesmo, com destaque para o regime e a **DIETÉTICA** (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003).

No século XIX, a Medicina passa a configurar-se como ciência. Uma ciência experimental. Isso ocorre num momento em que a burguesia funda uma nova ordem: a ordem econômica capitalista. A industrialização e a maior complexificação do trabalho exigiam, então, novas normas e padrões de comportamento. Questões como o rendimento e a saúde do indivíduo vêm à tona por serem fundamentais e indispensáveis ao bom funcionamento dessa nova engrenagem social (FOUCAULT, 1980 *in* COELHO e ALMEIDA FILHO, 1999).

O desenvolvimento da Medicina esteve vinculado ao desenvolvimento da Biologia, incorporando alguns conceitos. Assim,

DIETÉTICA

Área da Medicina que se dedica ao estudo das dietas.

a concepção mecanicista de vida influenciou no pensamento médico e está presente no que o autor Fritjof Capra (1982) chamou de modelo biomédico, alicerce da medicina moderna científica.

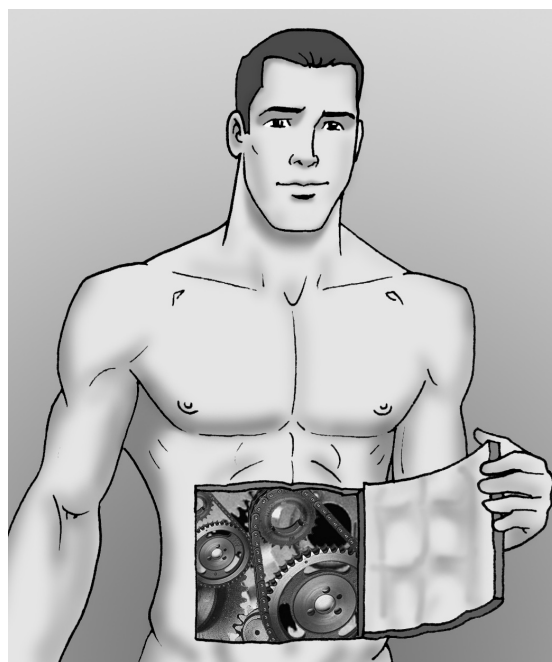
A concepção mecanicista de vida trabalha com a visão de corpo humano como uma máquina perfeita – composta por peças que devem funcionar adequadamente – e estabelece uma forma de entender a saúde como o funcionamento normal e regular desse corpo. O binômio saúde/doença refere-se a este funcionamento: saúde é o perfeito funcionar da máquina, enquanto doença seria qualquer tipo de avaria ou dano nesses mecanismos.

Em decorrência dessa visão mecanicista de corpo e de saúde, a função da medicina moderna seria restabelecer o bom funcionamento da máquina humana por meio de manipulação técnica. O homem poderia ser consertado e programado como qualquer máquina.

A partir da segunda metade do século XIX, novos padrões de comportamento emergem no âmbito da medicina geral e mental e também das ciências humanas (Sociologia e Psicologia). Às áreas de Psiquiatria, Psicologia e Sociologia cabia a tarefa de listar possibilidades de rendimento do homem, suas capacidades e parâmetros de funcionamento social normal.

O século XX foi marcado por profundos avanços na área da Biologia Molecular. Esses avanços possibilitaram a identificação de erros inatos do metabolismo. Assim, se poderia pensar que a própria Natureza erra. Coelho e Almeida Filho (1999), já citados anteriormente, afirmam que uma doença determinada geneticamente pode ser entendida como um mal-entendido. Desse modo, deixa de ser uma responsabilidade individual ou coletiva, pois não há um autor, um responsável individual: é um acaso genético.

Se, no século XIX, o médico visava a restabelecer o estado vital inicial (as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez) afastado pela doença, no século XX ele pode intervir mais diretamente e até mesmo decidir sobre a geração ou não de indivíduos doentes (doença por fatores genéticos, por exemplo).



Ao longo da história da Humanidade, a saúde e a doença assumiram diferentes significados. O próprio conceito de cura também assumiu múltiplos significados.

O conceito de saúde, intimamente ligado ao conceito de vida, não pode ser definido com precisão. Capra (1982) diz que “o que se entende por saúde depende da concepção que se possua do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente”. Entretanto, pode-se observar que há mudanças nesta concepção – de uma cultura para outra e, mesmo, de uma área para outra – o que acarreta, conseqüentemente, modificações na própria noção de saúde.

O amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural – um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas – exige uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica de saúde (CAPRA, 1982, p. 117).

Autores como Capra (1982) e Luz (1979) têm considerado o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde – um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades – um tanto quanto irreal, utópico ou até mesmo poético, uma vez que “não permitiria medir a extensão da ausência de saúde na população brasileira ao longo de sua história” (LUZ, 1979, p. 165).

Em contrapartida, Capra (1982) considera que a natureza holística da saúde é revelada e é imprescindível para que se possa entender o fenômeno da cura. De acordo com a teoria holística, o homem é um todo indivisível, e que não pode ser explicado pelos seus distintos componentes (físico, psicológico ou psíquico), considerados separadamente (FERREIRA, 1993).

Madel Luz (1979, p. 166) acredita que a saúde, como estado positivo, deve ser entendida como um “conjunto de possibilidades de a coletividade produzir e se reproduzir como coletividade, isto é, como criação coletiva constante das condições de existência da própria sociedade”.

Assim, o termo saúde nos remete às condições globais em que se dá a produção social e inclui, por esse motivo, as condições globais de vida: habitação, alimentação, repouso, educação e mesmo a participação

decisória nos diversos níveis da vida social. A observação do indivíduo doente ou sadio não pode se dar com exclusão de seu meio físico, biológico e social.

Contudo, a própria visualização do binômio saúde/doença não pode mais ocorrer em termos de associações causais imediatistas e restritas. Devemos afastar-nos de um entendimento puramente clínico de doente e não-doente, o que poderia ser correlacionado a uma visão maniqueísta.

A análise da complexidade da saúde deve ocorrer em um contexto social, econômico, cultural, político, histórico e antropológico. Isso amplia a própria dimensão de homem, que deixa de ser apenas um ser físico, ocasionalmente relacionado a um episódio de doença, mas, sobretudo, um ser social, com as implicações das diversas comunidades em que vive, regido por culturas diferentes, num determinado tempo histórico (MEIRA, 1979).

Os conceitos de saúde e de doença, nessa perspectiva, estariam estritamente vinculados à própria relação do homem com o seu meio ambiente. A saúde não seria determinada, predominantemente, pela intervenção médica, mas pela resultante dos fatores envolvidos.

Sobre a atuação médica e o fenômeno da cura, Capra (1982, p. 134) afirma:

(...) os médicos têm que lidar com o indivíduo como um todo e com sua relação com o meio ambiente físico e social. (...) O fenômeno da cura estará excluído da ciência médica enquanto os pesquisadores se limitarem a uma estrutura conceitual que não lhes permite lidar significativamente com a interação de corpo, mente e meio ambiente.

O mesmo autor salienta a necessidade de superação do modelo biomédico e suas implicações:

A adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática, exigirá não só uma mudança radical na ciência médica, mas também na reeducação maciça do público (...) isto estará ligado, em última instância, a uma completa transformação social e cultural (1982, p. 155; *in* COSTA, 1992).



ATIVIDADE

Julgando Casos

2. Analise as seguintes situações:

Situação 1: O médico A está atendendo um paciente com verminose. Ele se preocupa em cuidar da doença de seu paciente. Ministra medicamentos visando à eliminação imediata do parasita. Como atende rapidamente seus pacientes, pode atender muitos durante o seu horário de trabalho.

Situação 2: O médico B está atendendo um paciente com verminose. Ele inicia a consulta conversando sobre a vida do doente. Pergunta, inclusive, se ele sabe o que ele tem e como chegou a essas idéias (que observações realizou em seu próprio cotidiano?). Discute com o paciente questões sobre higiene geral, ingestão de alimentos e água, relacionando-as com o ambiente de vida desta pessoa (condições de moradia e saneamento básico da localidade onde ela habita). Prescreve medicamentos visando à eliminação do parasita. Com esse tipo de atendimento, poucos pacientes são atendidos durante o seu horário de trabalho.

Considerando os textos lidos anteriormente, qual dos dois procedimentos médicos se aproximaria de uma visão mais integrada de saúde? Justifique a sua resposta.

RESPOSTA COMENTADA

Se você considerou o médico A como o que mais se aproxima de uma visão integrada de saúde, ainda não entendeu bem o que isso significa; por isso, seria importante voltar a ler os textos apresentados. Se a sua resposta foi o médico B, você está correto. O médico B realiza um trabalho de cunho educativo, conversando com o paciente e discutindo soluções para o problema identificado na conversa, de acordo com as possibilidades/condições de existência da pessoa. Faz uso do medicamento para sanar a doença, mas, como fruto desse processo educativo, possibilita a construção de um outro entendimento sobre a realidade, que pode ser evidenciado na adoção de diferentes atitudes, aliado a uma nova postura política de busca por melhores condições de vida e por saúde.

Agora que já discutimos bastante o conceito de saúde, que tal conversarmos um pouco sobre duas outras palavras que também ocasionam muita polêmica: prevenção de doenças e promoção da saúde?

Mas antes de continuar a ler, tire uns minutinhos para levantar um pouco, esticar as pernas e braços e beber um pouco de água, café ou suco.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Relaxou um pouco? Vamos, então, avançar no nosso referencial teórico, estudando os conceitos de prevenção e promoção da saúde.

Nesse ponto da aula, adotamos, como base de nossa discussão, os textos de Dina Czeresnia (2003), de Paulo Sabroza (1994) e de Gastão W. Campos, Regina B. de Barros & Adriana M. de Castro (2004), listados nas referências.

Inicialmente, vamos refletir sobre os conceitos? O que é prevenção de doenças? E promoção da saúde? Você saberia definir esses termos?

Vamos ao dicionário: prevenir é “dispor com antecipação, ou de sorte que evite dano ou mal; chegar, dizer ou fazer antes de outrem; interromper, atalhar” (FERREIRA, 1993, p. 441) ou ainda “impedir que se realize” (*idem*, 1986).

A prevenção tem como base o conhecimento epidemiológico moderno e visa a controlar a transmissão de doenças infecciosas e a reduzir o risco de doenças degenerativas ou outros agravos, por meio de ações antecipadas que tornariam improvável o progresso posterior dessas doenças. Baseia-se em divulgação de informações científicas e em recomendações de mudanças de hábitos e comportamentos.

E promoção da saúde? O que podemos pensar sobre esse conceito? Para Cadei (2004):

Diferentemente da concepção de prevenção de doenças, que se caracterizava pelo forte apelo médico, a concepção de promoção da saúde não se restringe somente aos procedimentos médicos, uma vez que concebe a saúde como uma produção social (CADEI, 2004, p. 49).

A origem do conceito de promoção da saúde remonta à antiga educação sanitária, pois, segundo Fortin, citado por Ferraz (1999, p. 19), “ao incorporar a importância do impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, o conceito de educação sanitária transformou-se em conceito de promoção de saúde”.

Durante a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, foi redigida a Carta de Ottawa, a qual apresenta a seguinte conceituação de promoção da saúde:

[...] nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além do estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2001, p. 19).

A amplitude do conceito de promoção da saúde é uma tentativa de abarcar as inúmeras interfaces da saúde. Portanto, promover é “dar impulso a; fazer avançar; causar, originar; diligenciar para que se realize; elevar a (cargo ou classe superior); fazer promoção de” (FERREIRA, 1993, p. 445). É mais amplo do que prevenção e refere-se a medidas visando ao desenvolvimento da saúde e do bem-estar gerais (LEAVELL e CLARCK *apud* CZERESNIA, 2003, p. 45).

Dina Czeresnia (2003) discute o conceito de promoção da saúde. Segundo a autora, esse conceito é tradicional e vem articulando o discurso e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde a partir dos anos 80. Foi definido por Leavell e Clark, em 1976, como “um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva” (CZERESNIA, 2003, p. 39).

Recentemente, esse conceito foi retomado e enfatizado, principalmente no Canadá, EUA e Europa ocidental, e resgata o pensamento médico social do século XIX, afirmando as relações entre saúde e condições de vida (CZERESNIA, 2003, p. 39). Mas, por que ocorreu essa revalorização?

Isso se deu por causa da percepção de que o que vem sendo gasto com assistência médica não corresponde a resultados significativos; ou seja, embora o custo da assistência médica venha aumentando, não se consegue, apenas com uma abordagem médica, enfrentar, adequadamente, os problemas decorrentes das doenças infectocontagiosas ou de doenças crônicas não-transmissíveis em populações compostas, cada vez mais, por um número maior de pessoas idosas (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

Não podemos deixar de observar – e especialmente ressaltar – que esta “nova saúde pública” ocorreu em um cenário capitalista neoliberal. Assim, um elemento central do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

Na verdade, essa é uma autonomia regulada, onde a livre escolha segue a lógica do mercado. Em contrapartida, as responsabilidades do Estado sobre a saúde vão sendo diminuídas ao mesmo tempo em que aos sujeitos é delegada a tarefa de tomarem conta de si mesmos. Isto gera um processo de responsabilização e culpabilização crescentes, o que quer dizer: cada indivíduo é responsável e culpado por seu estado (de saúde e de doença).

Algumas perspectivas progressistas, entretanto, enfatizam outra dimensão de promoção da saúde, onde a elaboração de políticas públicas intersetoriais, que estão voltadas à melhoria de qualidade de vida, têm lugar de destaque. Nessa perspectiva, a promoção da saúde alcança um nível de abrangência muito maior que a saúde, incluindo todo o ambiente, elementos físicos, psicológicos e sociais, em dimensão local e global.

“Intersetorialidade é o processo de construção compartilhada, em que diversos setores envolvidos” compartilham “saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais”, mas pertencem ou são específicos de um dos setores envolvidos (parceiros). “Implica na (sic) existência de algum grau de abertura em cada setor” parceiro “para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população”. Deve “responder às necessidades de saúde de uma coletividade”, incluindo a população – “no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas” (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004, p. 3).

As dificuldades na operacionalização de projetos em promoção da saúde decorrem, principalmente, da própria consolidação da medicina moderna e da saúde pública.

Paulo Sabroza (1994) define saúde pública/saúde coletiva como campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde das populações. Esta institucionalização se dá por articulação com a Medicina. As práticas médicas em saúde se estruturam como técnicas fundamentalmente científicas, cujas raízes encontram-se na efetiva utilização do conhecimento científico.

A “organização institucional das práticas em saúde circunscreve-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença” (CZERESNIA, 2003, p. 41). E, que doença? Com que significado? Uma doença que

parece ter “vida própria”, desconectada do próprio corpo do doente. O próprio corpo é também desconectado do conjunto de relações da vida do indivíduo, de modo que a prática médica entra em contato com órgãos e funções, e não com pessoas (CANGUILHEM, *apud* CZERESNIA, 2003). Este fracionamento do corpo leva ao próprio fracionamento do homem em suas partes. Como se a pessoa, doente ou não, fosse uma soma de partes do seu corpo.

A questão central, então, pode ser assim resumida: se as práticas de saúde pública se estruturam em torno da doença, como podem ser responsáveis pela promoção da saúde? E mais: como essas práticas podem efetivamente promover saúde, se não levam em consideração a distância entre o conceito de doença (construção mental) e o de adoecer (experiência de vida)?

A diferença entre promoção e prevenção, pequena, porém radical, dá-se por meio da relativização entre conhecimento e operacionalização nas práticas de saúde, o que requer uma verdadeira transformação de concepção de mundo e da própria vida, como um campo de tensões entre a experiência do sujeito (subjetiva) e o objeto das ciências da vida.

Assim sendo, promoção não se restringe à aplicação de técnicas normativas, pois o conhecimento do funcionamento e dos mecanismos de controle de doenças não são suficientes. Promoção, então, envolve o fortalecimento da capacidade de escolha, o que pressupõe a utilização de um conhecimento atento às diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003), aliado a uma escala de valores (envolvida em qualquer escolha).

Qual seria, então, o papel do educador na promoção da saúde? Sua tarefa não é das mais simples. Pelo contrário, se por um lado não se trata de reproduzir antigas posições, onde o conhecimento é o elemento central nas práticas em saúde, por outro lado, o conhecimento é fundamental, pois é a partir de sua apreensão que algumas escolhas poderão ser embasadas (sempre considerando escalas de valores próprias dos sujeitos).

Atuar em promoção pressupõe a articulação de múltiplas abordagens, visando a transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento da realidade materializadas em situações concretas (acontecimentos), assumindo, acima de tudo, a certeza da incerteza.

O que é isso? Czeresnia (2003) diz que é ter “a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações” (p. 48), ou seja, é abandonar a idéia de que o desenvolvimento de uma nova teoria científica ou de uma nova técnica seria capaz de unificar todas as dimensões da saúde. É reconhecer que o ambiente de vida se consolida por meio de trajetórias próprias e únicas, expressas em situações concretas, e inclui dimensões (as mais variadas) que não podem deixar de ser consideradas.

Redimensionar o papel do conhecimento, possibilitar um nível de sensibilidade que dê conta de perceber as diversas dimensões da existência e estimular o engajamento e a participação dos sujeitos parecem ser tarefas do educador na promoção da saúde.

Está assustado? Sem dúvida, não é tarefa das mais fáceis, mas é o nosso papel na construção de uma sociedade mais justa!



ATIVIDADE

Montagem de um Quebra-Cabeça

3. Selecione, em jornais ou revistas, uma figura humana qualquer. Pode ser um desenho também, se você preferir.

Em seguida, recorte esta figura em partes, de modo a montar um quebra-cabeça.

Agora que você já tem o quebra-cabeça de um ser humano, monte-o. É fácil, não? Observe bem seu quebra-cabeça e responda: baseando-se nas discussões realizadas na aula, podemos definir uma pessoa como sendo a soma de suas partes constituintes?

RESPOSTA COMENTADA

Se, com as suas próprias palavras, você respondeu algo semelhante ao texto a seguir, você entendeu o que estamos tentando apresentar nesta aula.

Não podemos definir uma pessoa como sendo a soma de suas partes constituintes. Uma pessoa é muito mais do que um simples amontoado de tecidos, órgãos ou funções. Há um nível de complexidade muito maior. Apenas somar as partes não dá conta de explicar todas as dimensões da pessoa. Nem

a dimensão física/biológica pode ser pensada como um conjunto de aparelhos e sistemas. Se pensarmos, então, nas dimensões psicológica, afetiva, cognitiva, social, histórica etc., nem se fala!

Ao tomarmos como base a afirmativa de Edgar Morin de que “o todo é maior do que a soma das partes”, podemos afirmar que o homem é muito mais do que seu corpo, seus sentimentos, medos e desejos.

Essa percepção é contrária à visão mecanicista de corpo, que reduz o ser humano a algumas de suas partes ou funções, não dando conta de perceber o todo, de perceber a própria pessoa – doente ou não.

Se, ao contrário disso, você acha que podemos definir uma pessoa como a soma de suas partes constituintes, ainda não conseguiu entender as discussões teóricas apresentadas até aqui.

Dê uma paradinha. Descanse um pouco e volte a ler a parte inicial da aula. Refaça o exercício. Se as dúvidas persistirem, entre em contato com o seu tutor a distância, antes de prosseguir com a aula.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALGUMAS CONFERÊNCIAS

Esta parte da aula será bem curta. Vamos apenas apresentar um pequeno histórico de algumas conferências sobre saúde e um resumo das suas principais discussões.

De 6 a 12 de setembro de 1978, ocorreu em Alma-Ata, antiga União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Dessa conferência, organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Unicef, resultou a Declaração de Alma-Ata. Vejamos uma pequena parte dessa declaração:

A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde (BRASIL, 2001, p. 15).

Esta conferência ressaltou “a magnitude do processo de construção da saúde, que também servirá de base para a I Conferência de Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), em 1986” (GENTILE, 2001, p. 58).

Em novembro de 1986, foi realizada, em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Dessa conferência resultou a Carta de Ottawa, que é considerada um marco de referência para a promoção da saúde, pois:

Além de conceituar “promoção da saúde”, explicitava as condições e os recursos fundamentais para a saúde e os compromissos dos participantes com a promoção da saúde, defendia a criação de ambientes favoráveis à saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento pessoal e social (CADEI, 2004, p. 53).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 1988, na cidade de Adelaide (Austrália). Dessa conferência resultou a Carta de Adelaide, “que colocou uma nova direção às políticas de saúde, pela ênfase no envolvimento das pessoas na cooperação entre setores da sociedade e pela atenção primária em saúde como fundações” (GENTILE, 2001, p. 64).

Em 1991, ocorria em Sundsvall, na Suécia, a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde.

[...] com participantes de 81 países, conclama todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, conjuntamente, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para Todos no Ano 2000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. Doravante, o caminho deve ser tornar o ambiente – físico, social, econômico ou político – cada vez mais propício à saúde (BRASIL, 2001, p. 33).

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde da Colômbia patrocinavam, em novembro de 1992, na cidade de Santafé de Bogotá (Colômbia), a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, cujo documento, conhecido como Declaração de Santafé de Bogotá, apresentava as conclusões dos participantes sobre os problemas específicos de saúde dos países latino-americanos, tratando da Promoção da Saúde na América Latina.

Em 1997, quase duas décadas depois da Declaração de Alma-Ata, acontecia, na cidade de Jacarta (Indonésia), a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a promoção da saúde no século XX. Foi a primeira conferência a “ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde”, assim como a

refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes de saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI (BRASIL, 2001, p. 43).

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, realizou, em Genebra (Suíça), o encontro da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. Reunindo dez dos onze países de maior população do mundo, o evento buscou organizar uma ação conjunta para o fortalecimento da capacidade de promoção da saúde global e nacional.

A Declaração do México, resultante da Conferência Global sobre Promoção da Saúde, ocorrida na Cidade do México, de 5 a 9 de junho de 2000, estabelecia prioridades, responsabilidades e ações necessárias para a implementação da promoção da saúde, tanto nos contextos nacionais como nos internacionais.



ATIVIDADE

4. O quadro a seguir apresenta, resumidamente, alguns dos principais pontos discutidos nas conferências de promoção da saúde. Observe-o atentamente e responda: Você consegue perceber alguma evolução no modo como é concebida a promoção da saúde?

CONFERÊNCIA	PRINCIPAIS PONTOS / QUESTÕES
Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978).	Enfatiza que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental. É a mais importante meta social mundial.
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (1986).	Explicita as condições e os recursos fundamentais para a saúde. Defende a criação de ambientes favoráveis à saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento pessoal e social.
Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988).	Propôs uma nova direção às políticas de saúde. Enfatiza o envolvimento das pessoas, a cooperação entre setores da sociedade e a importância da atenção primária em saúde.
Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde (1991).	Conclama todos os povos a se engajarem ativamente na promoção de ambientes (físicos, sociais, econômicos ou políticos) mais favoráveis à saúde.
Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992).	Trata dos problemas específicos de saúde dos países latino-americanos.
Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1997).	Inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde. Reexamina os determinantes de saúde e identifica as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.
Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde (1998).	Defende uma ação conjunta para o fortalecimento da capacidade de promoção da saúde global e nacional.
Conferência Global sobre Promoção da Saúde (2000).	Estabelece prioridades, responsabilidades e ações necessárias para a implementação da promoção da saúde, tanto nos contextos nacionais como nos internacionais.

RESPOSTA COMENTADA

Se você leu o quadro e não conseguiu perceber nenhuma mudança, você precisa fazer uma leitura mais atenta dos documentos apresentados nesta cronologia.

Se acha que ocorreu uma evolução na forma de se trabalhar a promoção da saúde, você está correto, pois realmente houve uma evolução do conceito de promoção da saúde, que passou a incluir, além das dimensões biológicas e médicas, as dimensões políticas, ambientais e sociais.

Desses documentos, oriundos das discussões ocorridas nas Conferências de Saúde, surgiram informações, conceituações, políticas públicas, competências e responsabilidades mais abrangentes e significativas, que evidenciaram a necessidade de parcerias e da participação ativa de todos os setores da atual sociedade.

Retomando a discussão sobre a participação dos diferentes setores da sociedade em prol da promoção da saúde, é incontestável o grande destaque que se deve atribuir ao setor educacional. Considerando que a saúde é influenciada, de forma direta, pelo nível de participação, de informação e de educação dos indivíduos e das sociedades, tem-se na ação educativa, mais especificamente na Educação e saúde, uma importante aliada no esforço de se conseguir a tão sonhada equidade e uma saúde melhor para todos.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o conceito de saúde situa-se no núcleo da história pessoal e coletiva e abrange todas as suas dimensões. Assim, saúde não se define de forma unívoca, mas diversos conceitos de saúde coexistem.

Entretanto, a análise da complexidade da saúde deve dar-se em um contexto social, econômico, cultural, político, histórico e antropológico, o que amplia a dimensão de homem e de processos dinâmicos entre saúde e doença.

A saúde, como estado positivo, deve ser entendida como criação coletiva constante das condições de existência da própria sociedade (LUZ, 1979). Assim, o termo saúde nos remete às condições globais em que se dá a produção social e inclui, por esse motivo, as condições globais de vida: habitação, alimentação, repouso, educação, e mesmo a participação decisória nos diversos níveis da vida social.

ATIVIDADE FINAL

Retorne ao início de nossa aula. Lembre-se do conceito, redigido por você, como representativo de sua concepção de saúde? Após a leitura desta aula, alguma coisa mudou?

RESPOSTA COMENTADA

Sua resposta deve caminhar no sentido de compreender a saúde como resultante da integração de múltiplos fatores, como uma construção social. Deve, neste sentido, avançar em relação ao conceito biomédico ou de simples ausência de doenças ou enfermidades.

Mas não se preocupe, se você ainda não conseguiu chegar a uma definição que realmente lhe agrade. Se você percebeu a ampliação do conceito e a necessidade de integração de fatores históricos, sociais, econômicos, culturais, políticos e antropológicos, este é o caminho!

RESUMO

A saúde é muito mais do que ausência de doenças. A saúde é um “estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948) e mais: O conceito de saúde decorre dos modos de organização social da produção e de uma multiplicidade de fatores de naturezas diversas.

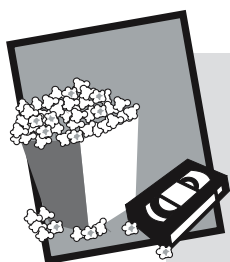
Enquanto o conceito de prevenção de doenças se baseia em procedimentos médicos, a promoção da saúde está centrada em dimensões muito mais amplas da vida cotidiana, incluindo, além dos procedimentos médicos, uma multiplicidade de relações: sociais, políticas, ambientais, econômicas etc.

Discussões geradas a partir de grandes conferências internacionais de saúde foram sistematizadas em documentos que embasam diferentes mudanças no campo da saúde.

A saúde é influenciada, de forma direta, pelo nível de participação, informação e de educação dos indivíduos e das sociedades; por isso, tem-se na ação educativa, mais especificamente na Educação em Saúde, uma importante aliada no esforço de se conseguir a tão sonhada equidade e uma saúde melhor para todos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓXIMA AULA

A nossa próxima aula irá apresentar os diferentes enfoques dados pela Educação às questões relativas à saúde, conceituar Educação em Saúde, assim como descrever a importância da inclusão do tema transversal Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais.



MOMENTO PIPOCA

Um filme recomendado é *O ponto de mutação*. Neste filme, um candidato derrotado à presidência dos EUA, um poeta e uma física discutem conceitos “que mais tarde integrariam o rol das idéias ambientalistas” (TAUTZ, 2003).

O livro, de mesmo nome (incluído nas referências), também poderia ser utilizado para complementar a aula. A resenha pode ser obtida na página da Editora Cultrix, em <<https://ssl120.locaweb.com.br/pensamento-cultrix/zoom.asp?cod=85-316-0309-9>>. Um pequeno trecho é reproduzido a seguir:

A dinâmica subjacente aos principais problemas de nosso tempo – o câncer, o crime, a poluição, o poder nuclear, a inflação, a carência de energia – é sempre a mesma. Chegamos a uma época de mudanças dramática e potencialmente perigosa, um ponto de mutação para o planeta como um todo. Estamos precisando de uma nova visão da realidade, que permita que as forças que estão transformando o nosso mundo possam fluir como um movimento positivo de mudança social. Agora Fritjof Capra nos apresenta essa visão, um paradigma holístico de ciência e de espírito.

Educação em saúde: O que é?

AULA 2

Meta da aula

Examinar os diferentes enfoques dados pela Educação às questões relativas à saúde.

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Reconhecer os diversos enfoques da relação existente entre educação e saúde, relacionando-os, se possível, aos modelos educativos apresentados.
- Diferenciar atividades tradicionais de educação para a saúde de atividades que promovam uma visão mais integrada entre o indivíduo e o meio.

Pré-requisitos

Para que você tenha maior facilidade na compreensão desta aula, é importante que retome o(s) conceito(s) de saúde apresentado(s) na Aula 1.

INTRODUÇÃO

Na aula anterior, destacamos a importância da educação na promoção da saúde. Nesta aula, discutiremos as diferentes formas como a educação e a saúde vêm estabelecendo relações ao longo das últimas décadas, e como essas relações poderão ser desenvolvidas de forma mais adequada.

Destacaremos, ainda, a importância da inclusão do tema transversal saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Você já deve ter visto alguns desses termos: educação e saúde; educação para a saúde; educação em saúde; programas de saúde. São sinônimos? Há um consenso em relação a eles? Para responder a esta questão, utilizaremos os textos de Collares e Moysés (1986), Serrano González (1990), Stotz (1993) e Vasconcelos (1998; 2001; 2005).

Em primeiro lugar, seria interessante entender como se deu essa relação entre a educação e a saúde. As autoras Cecília Azevedo Lima Collares e Maria Aparecida Affonso Moysés identificaram dois pontos “fundamentais e complementares” nessa discussão: “a incorporação da educação pela saúde” e “a incorporação da saúde pela educação” (1986, p. 10).

O primeiro caso, o da “incorporação da educação pela saúde”, consolida-se quando a saúde aplica à educação um raciocínio clínico tradicional, em que as relações causais lineares e as explicações fisiopatológicas são privilegiadas. A medicalização de questões educacionais, especialmente a medicalização do fracasso escolar, é um exemplo significativo dessa incorporação.

Mas o que vem a ser medicalização? Uma boa definição pode ser encontrada na citação a seguir, extraída do texto de Collares e Moysés.

A medicalização de uma questão consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível (*sic*) organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social. Este processo ocorre na educação quando, frente às altas taxas de fracasso escolar, tenta-se localizá-lo na própria criança, explicando-o através de doenças. Isentam-se, assim, de responsabilidades, a instituição escolar e o sistema social. (...) [centrando] na própria criança a causa do problema, escamoteando a necessidade de auto-avaliação da família e/ou da escola. A medicalização é, portanto, uma resposta que atende a uma demanda da própria sociedade e é exatamente por isso e por seu caráter simplificador que se difunde tão rapidamente (1986, pp. 10-11).

É, então, uma forma de culpabilizar a criança pelo seu fracasso? Todas as crianças estão sujeitas a isso da mesma forma? A criança é culpabilizada; entretanto, a medicalização de questões educacionais não atinge todas as crianças de forma unificada. Há variações, sobretudo relacionadas ao estrato social, que não podem deixar de ser observadas. Isso quer dizer que as causas dos problemas educacionais são estabelecidas diferentemente em função da origem social da criança?

Vamos pensar a respeito, analisando o que as duas autoras dizem sobre as práticas de educação e saúde. Para as crianças pertencentes às classes trabalhadoras, ignoram-se todas as condições de vida e da própria escola, e o fracasso escolar é atribuído às condições adversas de saúde da própria criança, as quais, na maioria das vezes, traduzem-se por desnutrição, verminoses e outras doenças afins. Assim, fracasso escolar e deficiência intelectual acabam sendo considerados sinônimos.

Por outro lado, as crianças de famílias que possuem recursos para mantê-las em escolas particulares, quando apresentam mau rendimento, normalmente são submetidas a um corpo de especialistas (psicopedagogos, orientadores educacionais, psicólogos etc.), visando a um processo de (re)adaptação da criança. Muitas vezes, disfunções neurológicas são apontadas como causas. Dentre elas, a disfunção cerebral mínima (DCM) foi amplamente diagnosticada.

Em ambos os casos, entretanto, da identificação do problema (mau rendimento) à consolidação do diagnóstico (evidenciado pela presença da doença), o percurso é semelhante.

Você deve estar se perguntando como isso acontece, não é mesmo? Em muitos casos, quando um professor ou uma professora encaminha a criança oriunda das classes trabalhadoras para um serviço médico e as das classes média e alta para especialistas de saúde diversos, já formulou um diagnóstico de doença: desnutrição para o primeiro caso e disfunção neurológica para o último.

Este “pré-diagnóstico”, formulado pelo professor ou professora, se for ratificado pelo profissional médico pode acabar rotulando essas crianças. A assimilação desses rótulos pelas crianças, suas famílias e mesmo colegas da escola pode, por sua vez, trazer conseqüências que muitas vezes comprometem mais ainda seu rendimento escolar, pois afetam o aspecto emocional, sobretudo no que diz respeito à auto-estima.

Collares e Moysés (1986), mais do que responsabilizar o professor ou a professora, especialmente, e mesmo o médico ou a médica, secundariamente, indicam que o ponto fundamental nesse processo de medicalização é justamente a formação inadequada dos profissionais tanto de saúde quanto de educação.

Uma dúvida que pode surgir é até que ponto o material dessas autoras, escrito em 1986, ainda se mantém atual? Na verdade, embora esses textos sejam de 1986, as questões levantadas, de certa forma, ainda persistem. Distúrbio de déficit de atenção, disfunção cerebral mínima e hiperatividade vêm sendo tratados de maneira muito diversa, ou seja, coexistem tanto a prescrição de medicamentos como a utilização de terapias alternativas como tratamento.

Bem, até aqui estamos discutindo o primeiro ponto, ressaltado por Cecília Azevedo Lima Collares e Maria Aparecida Affonso Moysés, e que é necessário para entendermos como se deu esta relação entre a educação e a saúde, ou seja, “a incorporação da educação pela saúde” (1986, p. 10).

Mas, e “a incorporação da saúde pela educação”? Nesse ponto, as mesmas autoras relatam que, tradicionalmente, a incorporação das questões relativas à saúde pela educação se deu de duas formas: a primeira, por meio dos serviços de saúde escolar, que eram vinculados às pastas da Educação. Os serviços de saúde escolar foram criados a partir de 1910 e baseavam-se nos mesmos princípios higienistas da saúde pública. Entendia-se, naquele momento, que era necessário “promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando as condições necessárias para a aprendizagem” (COLLARES; MOYSÉS, 1986, p. 13). A outra forma ocorreu por meio da implantação dos programas de ensino da saúde. A Lei de Diretrizes 5.692, de 11 de agosto de 1971, exigiu a inclusão da disciplina Programas de Saúde, como pode ser evidenciado a partir da leitura de seu Art. 7º: “Será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus.” A seguir, vejamos o que as autoras dizem a esse respeito:

Como nos cursos de formação de professores não se dava uma discussão crítica de questões relativas à saúde, o desenvolvimento dos Programas de Saúde (seja sob a forma de disciplina ou parte da disciplina ciências para o então 1º grau) se dava com base no “bom senso” dos professores. Na prática, este “bom senso” se traduzia por conceitos do senso comum, impregnados de espírito autoritário e elitista (COLLARES; MOYSÉS, 1986, p. 14).

Não conseguiu entender isso? Vamos esclarecer. Na verdade, esse senso comum está impregnado de ideologia. Não de qualquer ideologia, e sim da ideologia da classe dominante (média/ alta) acerca do nível de conhecimento e das condições de vida das classes economicamente menos favorecidas. Quer um exemplo?

Quem nunca ouviu falar que o povo vive desse jeito (em condições precárias) porque é ignorante e não tem acesso ao conhecimento? Assim, coloca-se na aquisição de conhecimento, ou seja, na educação, a possibilidade de redenção dos males do indivíduo. É o mesmo que dizer que o indivíduo educado (escolarizado) poderia resolver todos os seus problemas de existência. Essa falsa premissa, na verdade, desloca para o indivíduo a responsabilidade de resolver questões sociais que deveriam ser objeto do Estado.

Logo, as autoras salientam que se perpetuam noções conservadoras e mesmo retrógradas de propostas tradicionais de educação para a saúde. Aqui, você deve estar percebendo uma recorrência que cerca os dois pontos ditos fundamentais e complementares da análise da relação estabelecida entre educação e saúde. E, exatamente por isso, são fundamentais e complementares.

Na verdade, o movimento é o mesmo: um movimento de culpabilização das vítimas, ou seja, se você não aprende, a culpa é sua. Se você não tem saúde, ou vive num ambiente insalubre, a culpa também é sua. Como um ciclo que se fecha na própria pessoa. Onde ficam a escola e, sobretudo, o Estado, como instituições sociais, nessa discussão? Isentos de responsabilidades, sem dúvida! Aqui, retornamos à questão colocada no início da aula: “É, então, uma forma de culpabilizar a criança pelo seu fracasso?” Fica clara a resposta, concorda?

Em contrapartida, são ignoradas a forma de inserção das famílias na sociedade e a luta por melhores condições de existência (saúde, saneamento e moradia) dos movimentos sociais. Isso contribuiu para o fracasso das ações tradicionais de educação para a saúde, identificado, inclusive, em programas de avaliação (COLLARES; MOYSÉS, 1986).

Os programas de saúde, dessa forma, acabaram configurando-se em programas de doenças, baseados no aprendizado de conteúdos (descrição de sintomas e tratamentos, nomes de vetores etc.), fortemente impregnados pela ideologia dominante.



ATIVIDADE

1. Esta atividade compreende várias etapas. Leia o trecho a seguir, que se refere a uma das possibilidades de infecção por parasitas intestinais:

A boca é a porta de entrada para:

- ovos de lombrigas, tênias e de oxiúros;
- cistos de amebas; germes que causam: diarreia, febre tifóide, hepatite etc. Todos eles entram, em geral, com o alimento e com a água de beber quando contaminados com fezes humanas. Essa contaminação se dá em geral por meio de mãos sujas, de poeira, de moscas, no próprio domicílio, ou pela manipulação de alimentos ou utensílios em bares ou indústrias alimentícias. Também são freqüentes as contaminações da rede de abastecimento de água pela rede de esgoto e da água do poço domiciliar pela fossa mal construída (MEC. PREMEN, 1981, p. 163).

a. Após a leitura do texto, sublinhe as principais causas de contaminação por parasitas intestinais.

b. Quais seriam as formas de prevenção, a partir da leitura do texto?

c. Da forma como o texto foi redigido, sobre quem recai a responsabilidade pela contaminação por parasitas intestinais?

d. Como você poderia, com pequenas modificações no texto, por exemplo, desvalorizar a culpabilização do indivíduo, promovendo uma visão integrada do indivíduo e o meio?

RESPOSTA COMENTADA

Para o item a, você acertou se sublinhou: mãos sujas; poeira; moscas; domicílio; manipulação de alimentos ou utensílios em bares ou indústrias alimentícias; contaminação da rede de abastecimento de água pela rede de esgoto e da água do poço domiciliar pela fossa mal construída. Como a resposta pode ser destacada diretamente do texto, você não deve ter tido dificuldade. O texto é direto e induz à identificação dessa resposta.

Para o item b, você acertou se respondeu lavar as mãos, limpar o domicílio, lavar os alimentos e utensílios, construir fossas adequadas (fossas higiênicas). Aqui, novamente, não deve ter havido dificuldade na resposta, já que a leitura do texto também induz à identificação dos comportamentos adequados.

Para o item c, também não deve ter havido dúvidas na resposta, pois, mais uma vez, o texto induz à conclusão: no indivíduo.

Até aqui, esta atividade, tal como foi elaborada, ilustra um típico exercício de programas de saúde tradicionais ou tradicional? (é uma disciplina, como ciências).

Para o item d, você pode responder corretamente de várias maneiras. Lembre-se, contudo, de dizer que a higiene das mãos, dos alimentos e do ambiente é importante, mas que saneamento básico adequado é imprescindível na prevenção de contaminação por parasitas intestinais.

Bem, agora, sugerimos que você dê uma paradinha. Estique as pernas e os braços. Relaxe um pouco. Que tal fazer um lanche ou beber alguma coisa?

Agora que descansou um pouco, vamos retomar nossa discussão acerca da relação entre a educação e a saúde. Collares e Moysés (1986) referiram-se à relação entre a educação e a saúde como educação para a saúde. É essa a terminologia que devemos adotar? Há outra(s)?

Para Maria Isabel Serrano González (1990), há uma carência de base conceitual, de modo que é difícil conceituar a relação educação e saúde. Voltamos, então, à nossa questão inicial: educação *para* a saúde? Educação *em* saúde? Educação *e* saúde?



Para maiores esclarecimentos quanto às Conferências de Saúde, reveja a primeira aula desta disciplina.

Esta autora espanhola refere-se, genericamente, à educação para a saúde, apoiando-se, sobretudo, na Declaração de Alma Ata (1982), quando se estabeleceu a necessidade de uma educação apropriada para possibilitar auto-responsabilidade e participação da comunidade em ações de Atenção Primária à Saúde (SERRANO GONZÁLEZ, 1990). Essa declaração foi um desdobramento da meta fixada pela OMS em 1981: “Saúde para todos no ano 2000.”

Desse modo, a terminologia adotada pela autora – educação para a saúde – decorre desses documentos da OMS, nos quais a educação para a saúde é entendida como instrumento de promoção da saúde.

Eduardo Stotz, pesquisador em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), discute as diferentes concepções existentes. Para ele, a

Educação e Saúde é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas (2005).

A apropriação de conhecimentos técnico-científicos biomédicos acerca de problemas de saúde, repassados como normas de conduta para as pessoas, é a base da educação e saúde.

O autor ainda cita Vuori (1987), que afirmou que a educação sanitária – termo usado com duplo sentido de educação *em* saúde e de educação *para* a saúde – pode ser definida como ramo ou método da medicina preventiva (STOTZ, *idem*).

No interior da medicina institucionalizada dos serviços de saúde, configura-se a educação em saúde, denominação devida ao fato de a preposição *em* afirmar o já citado vínculo com os serviços de saúde. Para Stotz, sua atuação esteve relacionada significativamente ao controle social de doentes e/ou de populações “de risco”. Seu âmbito é relativamente amplo, incluindo técnicas para assegurar a adesão à terapia e/ou de orientações visando à prevenção de comportamentos “de risco”.

Aqui, a norma é simplesmente aplicada: se alguém tem isso, deve fazer aquilo, desconsiderando as condições de vida e as razões que embasam a adoção de determinados comportamentos pelas pessoas.

Essas dimensões se mantêm “fora” do setor saúde. A solução, então, consiste, única e exclusivamente, em seguir a norma, o que pode ser traduzido por cumprir prescrições e consumir medicamentos. Configura, assim, um enfoque referido por Eduardo Stotz como *preventivista*.

O papel dos serviços de saúde é fornecer compensação individual aos problemas de caráter social (situações socialmente injustas), o que acaba se configurando como uma forma de controle social (já foi discutido na aula anterior), reforçando e legitimando a ordem social capitalista (NAVARRO, 1983), como mostra a citação a seguir:

Os serviços de saúde são, como Singer, Campos e Oliveira (1988) denominaram, serviços de controle social, cuja finalidade consiste em prevenir, suprimir ou manipular as contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, contradições que aparecem sob a forma de “problemas” de saúde (STOTZ, 2005).

Em 1994, a proposta de ampliar serviços e de mudar o modelo de atenção à saúde, instituída por meio do Programa de Saúde da Família, permitiu que um novo enfoque fosse desenvolvido: o da **ESCOLHA INFORMADA**. Nesta, as crenças e os valores acerca de uma determinada questão de saúde são tomados como ponto de partida pelo profissional de saúde, o qual promove a discussão sobre suas implicações. Na verdade, a autêntica compreensão, pelo usuário, da situação a ser tratada é o principal objetivo. Conseqüentemente, o preventivismo deixou de ser exclusivo.

É importante salientar, contudo, que grande parte da população não possui condições reais de fazer essa eleição. Na verdade, ainda no enfoque da escolha informada, mantém-se a responsabilidade dos indivíduos sobre suas ações e elege-se a educação como um meio de aperfeiçoamento individual (por meio do processo educativo, ele seria capaz de identificar riscos, por exemplo, e corrigir condutas).

Aqui, você deve estar relacionando o que já foi colocado nesta aula e percebendo uma recorrência: novamente a culpabilização da vítima e a isenção do Estado na resolução de questões, reforçando a própria ordem social.

Essa culpabilização se dá a partir da transferência, para os indivíduos, da responsabilidade por problemas de saúde cuja determinação está nas próprias relações sociais (ou seja, na estrutura da sociedade) e requerem soluções sociais e holísticas (STOTZ, 2005).

ESCOLHA INFORMADA

“Ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde” (STOTZ, 2005), ou seja, é uma escolha a partir de informações fornecidas pelo profissional de saúde, partindo das crenças e dos valores do paciente.

Então, não há alternativas? Bem, como alternativa aos enfoques *preventivista e escolha informada*, há o enfoque radical, o qual considera:

- 1) que as causas básicas dos problemas de saúde são justamente as condições e a estrutura social;
- 2) a perspectiva educativa como real possibilidade de alterar/ transformar condições geradoras de doenças.

Por meio da educação sanitária, então, pode se configurar a luta política pela saúde. Aqui, Eduardo Stotz ressalta o envolvimento do Estado, já que o âmbito da ação é o da luta política. É a intervenção do Estado que pode modificar as condições patogênicas. Só assim, segundo os defensores do enfoque *radical*, é possível fazer escolhas que conduzem à saúde (Vuori) ou superar a culpabilização das vítimas (Navarro).

Embora avance, Stotz (2005) salienta a semelhança entre os enfoques *radical e preventivo*, no tocante à relevância atribuída à persuasão como princípio orientador da prática educativa. O convencimento do indivíduo pelo profissional de saúde possui local de destaque nesses enfoques. Dessa forma, ele precisa ser convencido de qual tratamento (ou comportamento) deve adotar. Além disso, continua Stotz (2005), ao enfatizar o caráter social da doença, aliado à necessidade de desenvolvimento de políticas públicas, a dimensão singular dos problemas relativos à saúde é desconsiderada pelo enfoque *radical*, como pode ser observado na citação a seguir:

As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de *indivíduos* e, ao mesmo tempo, necessidades *coletivas*. Ademais, estas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo (STOTZ, 2005).

Outro enfoque a ser considerado é o da *educação popular e saúde*. Mas o que é isso, outra teoria? Outra forma de ensinar como se chega à saúde? Na verdade, para Eymard Vasconcelos, a educação popular compreende uma reflexão desenvolvida a partir de práticas, as mais diversas, ao longo dos últimos 30 anos (VASCONCELOS, 2001). É mais do que simplesmente uma teoria.

É preciso ressaltar o papel pioneiro do Brasil na constituição do método da educação popular. O início de sua estruturação se deu no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica se interessaram pelas questões populares. Cristianismo, humanismo, socialismo foram associados para sua composição. O trabalho de **PAULO FREIRE** foi pioneiro na sistematização teórica da educação popular. Eymard Vasconcelos (2005) salienta que, ainda hoje, o livro *Pedagogia do oprimido*, escrito em 1966, repercute em todo o mundo.

E aqui está, na visão de Nuñez Hurtado (2005, p. 2), a característica essencial da educação popular. Esta define-se “por sua concepção e compromisso de classe e por sua ligação orgânica com o movimento popular, definido em termos políticos (não necessariamente partidários)”.

A educação popular é um processo contínuo e sistemático. É a teoria a partir da prática e não sobre ela. Implica uma reflexão e o confronto sobre a prática sistematizada (do grupo ou da organização/instituição) com elementos de interpretação e informação, o que possibilita uma nova compreensão.

A realidade e as práticas transformadoras dessa realidade devem ser compreendidas como pontos de partida e de chegada permanentes, onde o caminho entre a ação e sua compreensão (sistemática, histórica, global e científica) vai sendo construído a partir da relação teoria-prática.

Assim, emerge a noção de consciência crítica, a qual incorpora o sentido de “consciência solidária”, em termos de “solidariedade de classe” que, ao se converter em solidariedade organizada de classe, torna-se prática transformadora (HURTADO, 2005).

Eduardo Stotz, referindo-se a Eymar Vasconcelos, afirma:

Não por acaso o autor denomina a educação popular e (em) saúde como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde (2005).

A busca pela construção de um outro conhecimento, resultante da relação estabelecida entre as duas partes ressaltadas na citação acima (“o conhecimento técnico-científico e o oriundo das experiências e lutas da população pela saúde”), aponta para uma saída metodológica, proposta pela educação popular, que enfatiza a necessidade de “subordinar o

PAULO REGLUS NEVES FREIRE nasceu em Recife, em 19 de setembro de 1921, e faleceu em São Paulo, no dia 2 de maio de 1997. Uma de suas mais famosas obras é o livro *Pedagogia do oprimido*, em que apresenta uma proposta pedagógica voltada para a transformação da realidade a que está submetida uma grande parcela da população do Terceiro Mundo.

ato pedagógico ao movimento dos próprios educandos em direção ao “ser mais”, tentando superar as limitações e opressões de suas vidas” (VASCONCELOS, 1998, p. 43).

O método é, então, o traço fundamental da *educação popular e saúde*. Consiste, fundamentalmente, em considerar o saber das classes populares como ponto de partida do processo pedagógico. Ponto de partida que denota, para Eduardo Stotz (2005), reconhecimento, o qual, por sua vez, significa admitir este outro saber, tão válido quanto o saber técnico-científico.

A participação de agentes eruditos (professores, pesquisadores, profissionais da área médica etc.) por meio da educação popular permite realçar o esforço de luta pela saúde que os cidadãos já vêm fazendo. A valorização do saber popular nas práticas de educação popular permite a superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde (saber científico) e os processos dinâmicos de adoecimento e cura do mundo popular (VASCONCELOS, 1998, 2003).

E por que isso ocorre? Basicamente, porque não há o mesmo nível de compreensão acerca das atitudes e das lógicas envolvidas nesse processo. Na prática, isso compreende as dificuldades de comunicação presentes nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Esse diálogo truncado, em que um fala e o outro não entende, possui em sua base o **BIOLOGISMO** que sustenta o autoritarismo do médico que, impondo soluções estritamente técnicas, despreza as iniciativas do doente e de sua família (STOTZ, 2005).

BIOLOGISMO

É a exaltação da Biologia, ou seja, do modelo biomédico, alicerce da medicina moderna científica, que considera uma concepção mecanicista de corpo e da vida humana (CAPRA, 1982), conforme já discutido na Aula 1.

O que fazer, então? Para Eduardo Stotz (2005), é importante problematizar, ou seja, identificar questões relevantes – tanto pelos serviços como pelos grupos populares envolvidos –, considerando os meios ou recursos disponíveis para tentar respondê-las. Criar uma abordagem comum para os problemas de saúde, isto é, elaborar uma base conceitual comum é fundamental para pensar nesses problemas.

Por último, é importante lembrar um pouco o que foi discutido na aula anterior, quando falamos da complexidade inerente à saúde (dos indivíduos, das populações e do ambiente). Isso muitas vezes dificulta o estudo e gera incertezas quanto às soluções propostas.

Aliado a isso, o elevado impacto sobre a vida das pessoas, decorrente de algumas dessas soluções propostas, faz com que a saúde não possa mais ser vista como uma área restrita apenas ao domínio de cientistas e técnicos. Assim, outros pares devem ser incluídos, visando à ampliação dessa comunidade, como, por exemplo, os próprios pacientes e seus familiares, as organizações que agrupam portadores de determinadas (e diversas) patologias, os movimentos militantes na área da saúde e, mesmo, os representantes dos usuários nos conselhos de saúde.

O desenvolvimento de formas compartilhadas de conhecimento entre técnicos, profissionais, pesquisadores e população (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001) é fundamental, mas, sobretudo, o próprio estabelecimento e manutenção desse processo, onde as pessoas se configuram e se sentem como sujeitos, percebendo-se capazes de participar da busca de novas soluções.

Para lidar com a incerteza e o elevado impacto das ações de saúde, é imprescindível o estabelecimento de interação social, já que:

O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população (STOTZ, 2005).

Stotz, citando Eymard Vasconcelos, ressalta que *educação popular* não é, pura e simplesmente, veneração da cultura popular, e sim oportunidade de interação permanente e de intercâmbio de culturas. Se não é impor culturas pretensamente superiores, também não é preservar modos populares de viver idealizados, pois isso privaria as pessoas de experiências e possibilidades enriquecedoras (de construção de idéias, de sentidos, de conhecimentos). Assim,

ao educador popular caberá o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição. (...) E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver (STOTZ, 2005).

MODELOS EDUCATIVOS

A autora Maria Isabel Serrano González (1990) propõe-se a apresentar modelos educativos que permeiam a relação entre educação e saúde. É importante ressaltar que a mesma confusão conceitual presente nas diversas terminologias que contemplam essa relação também está presente nos modelos educativos. Ela ainda relata que um mesmo modelo é tratado diferentemente por distintos autores (TONES, 1987; SALLERAS, 1985; *apud* SERRANO GONZÁLEZ, 1990).

A seguir, apresentaremos um quadro, traduzido e ligeiramente modificado, no qual a autora apresenta as características de quatro modelos educativos do que ela mesma intitula educação *para* a saúde:

MODELOS INDICADORES	INFORMATIVO	MOTIVACIONAL	ECONÔMICO ECOLÓGICO	PARTICIPAÇÃO E COMPROMISSO
OBJETIVOS	O indivíduo aprende normas de higiene e comportamento.	Que o indivíduo haja, adquira habilidades, mude comportamentos, sem tocar o meio ambiente que os provoca.	Mudar o ambiente. Desenvolvimento de consciência social. Igualdade ante a saúde.	Homem autônomo e responsável no manejo da saúde. Solidário e comprometido com os demais homens na mudança para estruturas saudáveis e igualitárias.
ANÁLISE DA REALIDADE	Não considera o contexto nem a cultura onde se vai realizar a intervenção educativa.	Acentua o caráter tecnocrático da sociedade e reforça o sistema dominante de valores. Pressupõe um indivíduo livre para eleger comportamentos.	O desenvolvimento econômico descontrolado é a causa das desigualdades, da pobreza, das enfermidades e da destruição do meio ambiente.	O marco real, social, cultural e econômico é fator de saúde e de desigualdades ante a mesma. O homem e seu entorno estão em interação e os frutos dela são a educação e a saúde.
CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Ausência de doenças. Saúde num contexto Higienista.	Saúde marcada por estilos de vida e comportamentos adequados. Saúde, fim em si mesma.	Conceito ecológico de saúde. Totalmente vinculado ao sistema econômico.	Saúde, qualidade de toda vida humana em processo. Capacidade de adaptação e de transformação do ambiente. Se promove a partir do indivíduo e da comunidade.
PRÁXIS EDUCATIVA	Centrada na aprendizagem de conteúdos, de hábitos saudáveis, de normas de higiene. Comunicação unidirecional. Não se dá processo educativo. Iniciativa do educador.	Persuadir e motivar. Ênfase nos efeitos. A técnica é o paradigma e não a complexidade da vida.	Análise das raízes socioeconômicas da saúde. Promove a participação cidadã. Educação em uma realidade sistêmica.	VER-JULGAR-ATUAR. Chave metodológica: participação e diálogo. Comunidade e o médico-educador sanitário e outros técnicos, em colaboração. Multiperspectiva científica.

a) *Modelo informativo* → Considera a informação como elemento principal e fundamental do processo educativo. O médico-educador possui papel de destaque no centro do processo, e a saúde pode ser obtida por meio da aprendizagem de normas de conduta higienistas. Assim, a saúde é vista como algo individual, decorrente do cumprimento de normas de conduta. A existência de maus hábitos deve ser sanada por meio da educação (que Paulo Freire chamou de *bancária*).

Este modelo se fundamenta em uma Pedagogia tradicional, centrada na transmissão de conteúdos, apoiada num modelo de comunicação unidirecional, onde um fala, ensina e o outro aprende, carecendo de um processo formativo. Não considera o fato de que a saúde não se dá apenas em função da informação, e parte de uma análise da realidade em que o ambiente, a estrutura social e a cultura não são considerados. A supervalorização das instituições como responsáveis por restituir a saúde aos indivíduos impõe a estes a tarefa de aprender o que é ensinado, ou seja, reproduzir comportamentos e hábitos higienistas. Os conteúdos normativos veiculados, na verdade, legitimam uma ordem social vigente (SERRANO GONZÁLEZ, 1990).

b) *Modelo persuasivo motivacional* → Parte da premissa de que os estilos de vida dos indivíduos não são compatíveis com a saúde. O objetivo é a mudança de comportamentos, mas os comportamentos aprendidos são aqueles ensinados por alguém. Esta concepção, mecanicista, possibilita inclusive a aferição das condutas incorporadas, ou seja, identificar ações previstas como decorrentes daquilo que foi ensinado. E ainda que neste modelo, ao contrário do anterior, a cultura e os valores tenham lugar, “a autonomia dos homens está ameaçada” (SERRANO GONZÁLEZ, 1990, p. 37), pois as metas individuais e a adaptação social acentuadas estão impregnadas com parâmetros e valores do grupo dominante.

Os comportamentos considerados saudáveis (ou não) são predefinidos, e a iniciativa do educador e da instituição social, como no modelo informativo, mantém-se supervalorizada como responsável pela modificação de condutas. A transmissão de valores se dá de fora para dentro, sem considerar a possibilidade de participação crítica. Além disso, não considera que as escolhas das pessoas e grupos muitas vezes refletem exigências e contradições de seu meio social.

Serrano González (1990) declara ter “a impressão de que se produz uma saúde melhor como se fosse um artigo de consumo” (p. 37) e que esse modelo é o que melhor se adapta à sociedade de bem-estar, que deixa à margem o sofrimento, em vez de enfrentá-lo. Ainda corre o risco de marginalizar os grupos populares.

Parece então, que, embora o modelo motivacional avance, ainda possui muitas lacunas, aproximando-se do primeiro modelo. Isso ocorre porque ambos encaram a saúde como questão individual, como algo que os indivíduos – bem-informados e com bons comportamentos – podem alcançar, independentemente de todas as suas relações e condições de existência.

c) *Modelo político-econômico-ecológico* → Não é uma evolução dos modelos anteriores. Critica uma visão puramente biológica e toma por base a **EPIDEMIOLOGIA SOCIAL** e a dimensão social da promoção da saúde.

Seu objeto de intervenção é a estrutura social. Esse modelo procura situar as propostas de saúde a partir de uma perspectiva histórica, valorizando a saúde e o bem-estar e não somente os conhecimentos e as atitudes. Percebe o homem como sujeito de sua saúde, compreendendo que a forma como se vive pode ser determinante de saúde ou de doença. É importante então, para esse modelo, entender o meio ambiente social como produto de forças econômicas e políticas que influem sobre a saúde, ou seja,

um enfoque radicalmente distinto, porque concebe a saúde dentro da vida humana e não a separa da estrutura social onde se produz essa vida. O enfoque se baseia em uma concepção de gênese da saúde: a estrutura sócio-econômica (*sic*) nos dará mais ou menos doença, dependendo da importância que esta estrutura econômica dê ao desenvolvimento social (SERRANO GONZÁLEZ, 1990, p. 38).

O objetivo desse modelo é concreto e preciso: de um lado, ajudar os indivíduos a compreender as necessidades que os levam a adotar ou modificar sua conduta de saúde e de outro, compreender, com as comunidades, as forças econômicas e políticas que modelam o meio ambiente social, as quais influem sobre a saúde. A saúde é vista como uma questão coletiva acima de tudo, na qual um conceito ecológico de saúde é a base: saúde para todos decorrente de modificações sociais e de estruturas econômicas que diminuam as diferenças.

EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

“Embora os saberes sobre a saúde e a doença, na dimensão coletiva, já existissem como prática discursiva individualizada desde o século XVII, somente no início do século XIX a epidemiologia irá se constituir em disciplina científica, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos científicos da época, seja no campo das ciências naturais, seja no campo das ciências sociais nascentes. (...) A epidemiologia social se distingue pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença. O que distingue a epidemiologia social das outras abordagens epidemiológicas não é a consideração de aspectos sociais, pois, bem ou mal, todas reconhecem a importância desses aspectos, mas a explicação do processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de uma distinção no plano teórico” (BARATA, 2005).

d) *Modelo participação e compromisso* → Na verdade, este modelo (fruto do trabalho de um grupo no qual a autora se insere) decorre da crítica (ao modelo anterior) de que, embora a economia e a política sejam importantes na saúde, não são determinantes nem da vida nem da saúde dos indivíduos. Ele reconhece elementos importantes colocados pelos outros três, mas propõe um outro caminho metodológico a ser seguido. Almeja uma melhor qualidade de vida para todos, por meio de uma educação para a saúde com uma visão de humanização, em que a responsabilidade, a autonomia, a solidariedade, a participação e o compromisso com o entorno são elementos fundamentais na elaboração de um novo estilo de vida. O trabalho de Paulo Freire é referido para consubstanciar uma visão de *sujeito datado e situado historicamente*.



Maria Isabel Serrano González cita um trecho da obra de Paulo Freire para elucidar a noção de sujeito historicamente datado e situado: “Cada homem está situado no espaço e no tempo, no sentido de que vive em uma época precisa, em um lugar preciso, em um contexto social e cultural determinado” (FREIRE *apud* SERRANO GONZÁLEZ, 1990, p. 43).

A educação para a saúde proposta aqui visa aumentar o nível de saúde por meio da educação. A percepção da realidade como um processo suscita a necessidade de uma educação para a saúde preocupada com a interação dialética entre as pessoas e a sua realidade. A necessidade de tratamento interdisciplinar é aqui apontada não como a soma de distintas perspectivas, mas como uma inter-relação estabelecida entre diferentes áreas/disciplinas.

Como exemplo, uma inter-relação positiva entre médico e comunidade, na qual ambos possuem algo de que o outro carece (JONES *apud* SERRANO GONZÁLEZ, 1990, p. 46), num processo de construção dinâmico e permanente, sem imposições nem substituições de uma concepção de problemas de saúde por outras, em que a crítica (a ele mesmo) também tem lugar. Assim, o conhecimento é produto de uma busca comum, decorrente de um diálogo estabelecido entre as duas partes.

O modelo de participação e compromisso teria como objetivo último a promoção da saúde, entendida como fruto da dialética do homem e do meio ambiente, dirigida a um sujeito livre, criativo, integral. Os objetivos concretos desse modelo, segundo a própria autora, incluem “a vontade de que a gente participe, se autovalorize, se faça responsável por seus problemas, seja sujeito do processo e não objeto” (p. 49).

Ao educador cabe a tarefa de ajudar na configuração dos sujeitos, já que a saúde é dirigida a eles. Embora esse modelo entenda a saúde como questão coletiva, também considera os indivíduos. A crítica que pode ser feita, aqui, diz respeito à ausência de referência ao papel do Estado, que pode ser interpretada como possibilidade de superestimar a responsabilidade atribuída aos sujeitos, culpabilizando o indivíduo.

ENFOQUES E MODELOS EDUCATIVOS: É POSSÍVEL RELACIONÁ-LOS?

Você conseguiu perceber/estabelecer aproximações entre os enfoques apresentados por Eduardo Stotz e os modelos educativos de Maria Isabel Serrano González? Na verdade, algumas aproximações podem realmente ser estabelecidas. Por exemplo: a primeira, entre o enfoque *preventivo* e o modelo educativo informacional e a segunda, entre o da *escolha informada* e o modelo motivacional, em que ambos pressupõem indivíduos livres para realizar escolhas. O enfoque *radical*, entretanto, não se equipara ao modelo econômico ecológico e vice-versa, já que o primeiro desconsidera o indivíduo e atribui tudo ao social e o último, embora considere a saúde como questão social, supervaloriza a questão econômica como determinante das condições sociais e ambientais.

O enfoque da *educação popular* se aproxima, em alguma medida, do modelo educativo de participação e compromisso, sobretudo devido à mesma base conceitual teórica, ou seja, ambos se apóiam no trabalho de Paulo Freire. Não há, contudo, correspondência, especialmente porque o enfoque da *educação popular* está comprometido com a luta de classes/ populações oprimidas e questiona o papel do Estado.

RETOMANDO CONCEITOS

Depois de ler isso tudo, você deve estar se perguntando: E as questões que foram colocadas no início da aula? Eu não consegui chegar a um conceito único e menos ainda a um modelo educativo único.

Na realidade, essa confusão conceitual impossibilita até mesmo uma uniformidade de linguagem. O mais importante seria, então, adotar e manter uma postura crítica com relação aos enfoques e modelos existentes, pois, na verdade, eles coexistem. Quando apresentamos os modelos educativos, poderia se ter uma falsa idéia de evolução, a qual não se dá nem para os modelos nem para os enfoques e nem mesmo para as diversas terminologias adotadas para referir-se a eles. Uma crítica à nossa própria prática também deve ter lugar.

CONCLUSÃO

Na primeira aula, vimos que diversos conceitos de saúde coexistem. Na aula de hoje, percebemos que também em relação aos diferentes enfoques entre educação e saúde e mesmo entre modelos educativos que se propõem a discutir essa relação não há consenso.

Para concluirmos, é preciso salientarmos que, mais do que referendarmos modelos, é importante estabelecermos condutas que priorizem uma visão crítica, inclusive – e sobretudo – acerca de nossas próprias práticas, se quisermos ser pessoas comprometidas com a construção de um mundo mais justo e igualitário.

ATIVIDADE FINAL

Complete o quadro a seguir, relacionando os enfoques apresentados por Eduardo Stotz e suas características principais. Estabeleça, se possível, a associação entre os enfoques e os modelos educativos propostos por Maria Isabel Serrano González.

ENFOQUE	CARACTERÍSTICAS	MODELO EDUCATIVO
1)	Cumprir prescrições, consumir medicamentos.	
2) Escolha informada		
3)	Considera como causas básicas dos problemas de saúde as condições e a estrutura social e que a perspectiva educativa é capaz de alterar as condições geradoras de doenças.	
4)		Participação e compromisso (com restrições).

RESPOSTA COMENTADA

O enfoque preventivo, cujo modelo correspondente é o informacional, é o que preenche as características colocadas no número 1. A função é clara: aplicar a norma – se alguém tem isso, deve fazer aquilo.

Para o item 2 – Escolha informada –, as características devem incluir a obtenção de informações do profissional médico visando à orientação da escolha do paciente acerca dos procedimentos adotados. O modelo educativo é o motivacional, o qual visa à mudança de comportamentos por meio da persuasão dos indivíduos. O meio onde se vive não é considerado.

O item 3 compreende o enfoque radical, onde as questões sociais são supervalorizadas em detrimento daquelas relativas ao indivíduo. Quanto ao modelo educativo, não há correspondência, pois o enfoque econômico-ecológico, embora considere a saúde como questão social, estabelece a economia como determinante das condições sociais e ambientais.

O último item apresenta uma relação restrita ao modelo educativo participação e compromisso; sendo assim, deve ser preenchido pelo enfoque da educação popular e saúde, cujas características incluem movimento social de profissionais de saúde empenhados em estabelecer um diálogo entre o conhecimento técnico-científico e aquele oriundo das vivências e lutas da população por saúde. A restrição, em termos de aproximação, entre o enfoque educação popular e saúde e o modelo de participação e compromisso refere-se ao fato de que, embora possuam base conceitual comum no trabalho de Paulo Freire, o primeiro está comprometido com a luta de classes e questiona o papel do Estado.

A seguir, é apresentada uma sugestão de resposta. É mais fácil para conferir, concorda? Mas não se preocupe se preencheu de forma diferente. Entretanto, se você não conseguiu preencher ou se ainda tem dúvidas, retorne ao texto e releia, sobretudo, a parte onde são apresentados os enfoques discutidos por Eduardo Stotz e, mais adiante, os modelos educativos propostos por Maria Isabel Serrano González. O último item, que estabelece a relação entre os enfoques e os modelos educativos, também pode ser retomado.

ENFOQUE	CARACTERÍSTICAS	MODELO EDUCATIVO
1) Preventivo	Cumprir prescrições, consumir medicamentos.	Informacional
2) Escolha informada	Informação do profissional médico visando à escolha do paciente quanto aos procedimentos adotados.	Motivacional
2) Radical	Considera como causas básicas dos problemas de saúde as condições e a estrutura social e que a perspectiva educativa é capaz de alterar as condições geradoras de doenças.	Não tem correspondência
4) Educação popular e saúde	Movimento social de profissionais de saúde empenhados em estabelecer um diálogo entre o conhecimento técnico-científico e aquele oriundo das vivências e lutas da população por saúde.	Participação e compromisso (com restrições)

RESUMO

Você teve contato com diferentes autores que trabalham as questões relativas à educação e a saúde.

Verificou que nas escolas à inclusão dos Programas de Saúde ocorreu em função da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Lei nº 5.692/71. A forma como eram trabalhados justificou a atribuição do nome “Programas de Doenças”.

Percebeu uma tentativa de contrapor diferentes enfoques de educação e saúde (discutidos por STOTZ, 2005) e modelos educativos de educação para a saúde (apresentados por SERRANO GONZÁLEZ, 1990). Cotejando o material dos dois autores, é possível perceber que tanto o enfoque *preventivo* como o modelo educativo informacional, o da *escolha informada* e o modelo motivacional pressupõem indivíduos livres para eleger escolhas, o que nem sempre é possível, já que as escolhas estão, na maioria das vezes, impregnadas de ideologias (dominantes). O enfoque *radical* não se equipara ao modelo econômico ecológico e vice-versa, já que o primeiro desconsidera o indivíduo e atribui tudo ao social e o último, embora considere a saúde como questão social, supervaloriza a questão econômica como determinante das condições sociais e ambientais.

Os enfoques da *educação popular* e da *educação em saúde* se aproximam em alguma medida do modelo educativo de participação e compromisso, sobretudo devido à existência de uma base conceitual teórica no trabalho de Paulo Freire. Não há, contudo, sobreposição, especialmente porque o enfoque da *educação popular* está comprometido com a luta de classes/ populações oprimidas e questiona o papel do Estado.

Na realidade, a confusão conceitual já referida no decorrer da aula impossibilita até mesmo uma uniformidade de linguagem. O mais importante seria, então, adotar e manter uma postura crítica com relação aos enfoques e modelos existentes, pois, na verdade, eles coexistem. E, mais do que referendarmos modelos, é importante estabelecermos condutas que priorizem uma visão crítica, inclusive – e sobretudo – acerca de nossas próprias práticas, se quisermos ser pessoas comprometidas com a construção de um mundo mais justo e igualitário.

INFORMAÇÃO SOBRE A PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, discutiremos a importância da inclusão do tema saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais.

A transversalidade da saúde

AULA 3

Meta da aula

Debater a importância da inclusão e da abordagem do tema transversal Saúde nos currículos escolares, possibilitando a elaboração de atividades de Educação em Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica e para a comunidade em geral.

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Descrever a necessidade da abordagem interdisciplinar do tema saúde proposta nos PCN.
- Desenvolver atividades de Educação em Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica e para a comunidade em geral.

Pré-requisito

Para que você encontre maior facilidade na compreensão desta aula, é importante que você releia as Aulas 1 e 2.

INTRODUÇÃO

Por meio do estudo das Aulas 1 e 2, você já deve ter compreendido o quanto é diversificado e complexo o campo da Educação e Saúde e que, justamente por isso, é praticamente impossível que um único profissional, com os conhecimentos de sua área de formação, consiga identificar, analisar e propor soluções para os problemas de saúde existentes.

A Aula 3, ao ressaltar a importância da inclusão da saúde como um tema transversal nos currículos escolares, destaca a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que integre os conhecimentos de profissionais de várias áreas da Educação.

Vamos à aula?

A SAÚDE COMO TEMA TRANSVERSAL NOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

Você já ouviu falar em Parâmetros Curriculares Nacionais? Já ouviu? Que bom! Não lembra? Não se preocupe, pois iremos, resumidamente, explicar o que são esses documentos.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) constituem uma proposta de reorientação curricular que a Secretaria de Educação Fundamental e a Secretaria de Educação Média e Tecnológica do Ministério da Educação e do Desporto (MEC) colocam à disposição das “secretarias de educação, escolas, instituições formadoras de professores, instituições de pesquisa, editoras e a todas as pessoas interessadas em educação, dos diferentes estados e municípios brasileiros” (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL, 1998, p. 9).

Os PCN visam “superar a atual crise da Educação Básica no Brasil, atuando como uma referência para a transformação dos objetivos, conteúdo e didática dos ensinos Fundamental e Médio” (<http://www.bib.virt.futuro.usp.br/textos/humanas/educacao/pcns/sumario.html>).

Os PCN apresentam, como uma de suas propostas, a incorporação nos currículos escolares de temas transversais. Os chamados temas transversais são assuntos/questões que, devido à sua importância e urgência, devem ser incluídos e debatidos em todas as áreas e disciplinas que compõem o currículo escolar. Assim:

O compromisso com a construção da cidadania pede necessariamente uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva e a afirmação do princípio da participação política. Nessa perspectiva é que foram incorporados como Temas Transversais as

questões da Ética, da Pluralidade Cultural, do Meio Ambiente, da Saúde, da Orientação Sexual e do Trabalho e Consumo (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL, 1998, p. 17)

Contudo, vale ressaltar que a inclusão dos temas transversais nos currículos escolares não significa a criação de novas disciplinas ou áreas de ensino. Ao contrário disso, “os objetivos e conteúdos dos Temas Transversais devem ser incorporados nas áreas já existentes e no trabalho educativo da escola. É essa forma de organizar o trabalho didático que recebeu o nome de transversalidade” (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL, 1998, p. 17).

De acordo com o que foi descrito anteriormente, a saúde é considerada um tema transversal e como tal deve interligar-se a todos os demais temas transversais e aos diversos conteúdos trabalhados nas diferentes áreas e disciplinas.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, em relação ao tema transversal saúde, ressaltam o desafio do ensino de Saúde como uma “aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida” (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL, 1998, p. 245).

Mas, antes de darmos continuidade ao estudo das recomendações dos PCN, seria interessante realizarmos a nossa primeira atividade.



ATIVIDADE

1. Vamos imaginar uma situação que, infelizmente, ainda é bastante comum em muitas localidades do país:

Uma determinada comunidade apresenta muitas crianças com desnutrição.

a. De acordo com as leituras realizadas até aqui, você diria que esta questão específica deve ser trabalhada por professores de diferentes disciplinas ou é um problema que diz respeito apenas aos professores de Ciências da Natureza e Biologia?

b. Se você acha que pode ser trabalhado por professores de diferentes disciplinas ou áreas, dê alguns exemplos:

RESPOSTA COMENTADA

a. Se você acha que a responsabilidade de trabalhar com o tema desnutrição é de todos os professores das diferentes áreas e disciplinas, você acertou, caso contrário, seria importante você reler as aulas ou entrar em contato com a tutoria a distância ou presencial.

b. Quanto aos exemplos, poderiam ser inúmeros. Apenas para ilustrar, vamos citar algumas possibilidades:

1) Professor de Geografia → Apresentar as regiões do país onde o problema acontece, discutir a distribuição desigual de renda e os índices de desenvolvimento.

2) Professor de Matemática → Construir gráficos sobre a desnutrição na comunidade, calcular o valor calórico dos alimentos e a necessidade diária de alimentos.

3) Professor de História → Destacar os hábitos alimentares das diferentes regiões do país e dos povos, discutir as políticas públicas relacionadas à saúde e alimentação e os direitos da população a uma alimentação saudável.

4) Professores de Língua Portuguesa, Educação Física, Artes Plásticas e Educação Musical → Organizar painéis, dramatizações, danças e outras formas de expressão que funcionassem como fonte de informação, sensibilização e denúncia.

O que você acha de fazer agora uma pequena parada? E já que estamos falando em desnutrição, que tal comer alguma coisa antes de prosseguirmos com a aula?

Lembre-se de que uma fruta é sempre uma boa opção. Ah, não se esqueça de beber um pouco de água.

Bem, então vamos retomar o nosso estudo. Mas, antes de nos determos nas recomendações dos PCN, seria interessante resgatarmos um pouco a história da incorporação da temática saúde pela educação, aqui, no Brasil. Isto, aliás, está incluído nos PCN.

Nossa intenção é mostrar e discutir alguns elementos presentes nos PCN. Não pretendemos esgotar todas as possibilidades de discussão, e caberá a você, caso seja de seu interesse, realizar uma leitura mais pormenorizada do documento.

A INCORPORAÇÃO DA TEMÁTICA SAÚDE PELA EDUCAÇÃO

Relembrando um pouco as noções históricas colocadas em nossa aula anterior, podemos resgatar algumas idéias acerca de como se deu a apropriação, pela escola, dos temas referentes à saúde.

Desde o século XIX, os conteúdos relativos à saúde e à doença foram incorporados ao currículo escolar brasileiro, da mesma forma que essas questões eram tratadas socialmente. Cabia a disciplinas como Higiene, Puericultura, Nutrição e Dietética ou Educação Física e, mais recentemente, Ciências Naturais e Biologia, a tarefa de divulgação de conhecimentos científicos que elucidassem os mecanismos por meio dos quais indivíduos asseguram sua saúde ou adoecem. A ênfase nos aspectos biológicos caracterizou uma visão reducionista de saúde, na qual a relação doente-agente causal foi e ainda é priorizada.

Em 1971, por meio da Lei no 5.692, deu-se a introdução formal da temática da saúde no currículo escolar, sob a designação genérica de Programas de Saúde, como vemos na citação a seguir:

Será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus, observado quanto à primeira o disposto no Decreto-Lei n. 369, de 12 de setembro de 1969.

O objetivo da inclusão no currículo escolar de Programas de Saúde era “levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros” (PARECER CFE nº 2.264/74 *apud* BRASIL, 1998, p. 258).

Embora a lei tenha estabelecido que os Programas de Saúde fossem trabalhados por meio de atividades pragmáticas e contínuas, e não como disciplina, sua implantação se deu de forma heterogênea pelos governos estaduais. Na maioria das vezes, houve pouca incorporação do novo referencial proposto, o qual visava à ampliação do entendimento da educação para a saúde. Assim,

Em 1977, o Conselho Federal de Educação reafirma a posição de que os Programas de Saúde não devem ser encarados como uma matéria ou disciplina, mas como uma “preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola”, devendo ser trabalhados “por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física” (BRASIL, 1998, p. 258).

Embora, na década de 1980, muitos estados brasileiros tenham reformulado seus currículos, o próprio texto dos PCN aponta que, na prática, pouco se caminhou para romper com a abordagem a aspectos informativos e exclusivamente biológicos, pois o que continuou acontecendo na prática é que, por uma questão de tradicionalismo, são as disciplinas de Ciências ou Biologia que se encarregam dessa discussão. Logo,

respeitadas as possíveis exceções, o que se tem, ainda hoje, é o ensino de saúde centrado basicamente na transmissão de informações sobre como as pessoas adoecem, os ciclos das doenças, os seus sintomas e as formas de profilaxia (BRASIL, 1998, p. 258).

Os Programas de Saúde, quando a escola prioriza a dimensão biológica, recaem sobre a temática doença. Configuram-se, assim, como Programas de Prevenção de Doenças ou Programas de Doenças onde as discussões e possibilidades de melhoria das condições de vida da população possuem pouco ou nenhum lugar de destaque.

Esse “biologismo” da saúde, por outro lado, encarrega-se de desenvolver novos esquemas de proteção, muitas vezes desconectados da vida cotidiana dos alunos, mas que devem ser seguidos. Esse tipo de enfoque é reducionista, e não contempla as necessidades individuais e coletivas.

A proposta dos PCN, ao contrário disso, ressalta a educação como um dos fatores mais expressivos para a promoção da saúde. A educação para a saúde proposta, sistemática e contextualizada na realidade brasileira, permite a significativa contribuição do professor e da comunidade escolar na formação de cidadãos capazes de agir e de melhorar os níveis de saúde das pessoas e da coletividade em geral.

ATIVIDADE

2. Leia atentamente os conteúdos apresentados a seguir.

Tipos de parasitoses intestinais

Prevenção das parasitoses

Condições ambientais e os riscos de infestação e infecção intestinal

Ações individuais e coletivas para o tratamento e prevenção das parasitoses



Medidas de Higiene

A participação comunitária
e as políticas públicas

Modos de transmissão

Tratamento de verminoses

Preencha o quadro a seguir, de modo que os conteúdos escolhidos caracterizem o tipo de aula determinado.

TEMA DA AULA: PARASITOSES INTESTINAIS	
Aula com concepção tradicional de saúde	Aula com concepção mais ampla de saúde
<p>Conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ 	<p>Conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____

RESPOSTA COMENTADA

Se você entendeu corretamente o que já foi apresentado nesta aula, certamente reconheceu como sendo de uma aula tradicional sobre parasitoses intestinais os seguintes conteúdos:

Tipos de parasitoses
intestinais

Modos de transmissão

Tratamento de verminoses

Prevenção das parasitoses

Os demais conteúdos, você deve ter listado como sendo característicos de uma aula com uma concepção mais ampla de saúde:

Condições ambientais e os riscos de infestação
e infecção intestinalAções individuais e coletivas para o tratamento
e prevenção das parasitoses

A participação comunitária e as políticas públicas

Lembre-se, contudo, de que em nenhum momento estamos querendo dizer que é errado transmitir informações “biológicas” sobre as doenças, o que estamos querendo mostrar é que apenas isto não é suficiente.

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE DOS PCN

A concepção de saúde apresentada é dinâmica: saúde como direito universal e como construção – por pessoas, em suas relações sociais e culturais, ao longo de suas vidas. Há, ainda, nos PCN, uma diversidade de concepções de saúde decorrentes de diferentes visões do ser humano e de sua relação com o ambiente, permeadas pela cultura e pelo momento histórico.

A saúde e a doença não são considerados valores abstratos ou mesmo situações absolutas e, muito menos, condições estáticas. Por este motivo, não é possível interpor, entre eles, uma clara linha divisória. Assim:

A diversidade de expressões idiomáticas e artísticas relacionadas ao assunto pode ilustrar a enorme variedade de maneiras de sentir, viver e explicitar valores e padrões de saúde ou doença. É necessário reconhecer que a compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e coletividades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação (BRASIL, 1998, p. 250).

A concepção de saúde que fundamenta os PCN de Educação para a Saúde foca a cidadania como exercício de sujeitos do processo saúde/doença. A tarefa de interferir sobre esse processo não pode ser delegada, “deixando ao cidadão ou à sociedade o papel de objeto da intervenção “da natureza”, do poder público, dos profissionais de saúde ou, eventualmente, de vítima do resultado de suas ações” (BRASIL, 1998, p. 250). Então:

para pensar e atuar sobre a saúde é preciso romper com enfoques que dividem a questão, ou seja, colocar todo o peso da conquista da saúde no indivíduo, em sua herança genética e empenho pessoal é tão limitado quanto considerar que a saúde é determinada apenas pela realidade social ou pela ação do poder público (BRASIL, 1998, p. 250).

Buscar um conceito dinâmico em que saúde não pode mais ser vista como “avesso ou imagem complementar da doença”, mas como algo que se expressa na luta pela ampliação das potencialidades dos indivíduos e da sociedade, refletida na capacidade de defender a vida. Eis a tarefa que está posta.

Para os Parâmetros Curriculares Nacionais, a saúde é vista, portanto, não só como produto, mas também como parte do estilo de vida de cada indivíduo e comunidade, assim como de suas próprias condições de existência, já que o processo saúde/doença compreende uma “forma de representação da inserção humana no mundo” (BRASIL, 1998, p. 252).

Qual seria, então, o papel da educação para a saúde, proposta nos PCN?

A educação para a saúde cumpre um papel de destaque uma vez que “favorece o processo de conscientização quanto ao direito à saúde e instrumentaliza para a intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde/doença” (BRASIL, 1998, p. 255). Para que isso seja concretizado é necessário que a escola, além de informar, trabalhe com diferentes abordagens acerca de saúde, destacando as suas interfaces com as questões políticas, econômicas, sociais, culturais etc.

Bem, neste ponto você deve estar se perguntando: “Como a escola pode interferir no processo de conscientização? Não seria muita pretensão? É possível viabilizar as ações contidas nos PCN?” Na verdade, pudemos observar que tentativas vêm sendo realizadas, ao longo do tempo, em vários locais do Brasil. Infelizmente, ainda temos muito a percorrer. Duas questões, entretanto, parecem chaves para que a relação educação e saúde possa ser efetivamente desenvolvida no âmbito das escolas:

1) Formação Inicial e Continuada de Professores → Em primeiro lugar, os cursos de formação inicial e continuada de professores devem estar articulados de modo a considerar as múltiplas abordagens de saúde, compreender a relação saúde-doença como um processo, afastando-se de uma visão meramente biológica dessas questões.

2) Abordagem Interdisciplinar → Para a adequada discussão de educação e saúde, seria interessante adotar uma abordagem interdisciplinar. Porém, quando os PCN tratam a saúde como tema transversal, isto não está posto. Na verdade, a discussão pode ser

multidisciplinar (cada disciplina abordando temas referentes à saúde em seus conteúdos), o que, de certa forma, avança, mas ainda mantém uma visão compartimentalizada das questões. Este tipo de abordagem, entretanto, em que equipes de trabalho se unem para a busca de soluções de determinadas questões, possui exigências que vão além dos novos processos de formação/capacitação de profissionais. Essas exigências incluem, por exemplo:

- maior disponibilidade de tempo dos integrantes da equipe. Muitos professores, por serem responsáveis por disciplinas com grades de horários diferentes e por normalmente trabalharem em muitas escolas, muitas vezes, sequer conseguem se encontrar e até mesmo se conhecer;
- a previsão, na carga horária do professor, de algumas horas para o desenvolvimento desse tipo de trabalho ou o pagamento de horas extras se for o caso;
- espaço físico para as reuniões e o desenvolvimento dos projetos. O limitado espaço físico da maioria das escolas dificulta a disponibilização de um espaço adequado para a discussão, a elaboração e o desenvolvimento de propostas interdisciplinares;
- acesso à internet e outros materiais e recursos necessários ao trabalho.

CONCLUSÃO

Conforme demonstramos, o entendimento do papel da Educação na Promoção da Saúde evoluiu bastante nas últimas décadas, principalmente no que se refere à concepção teórica do que deva ser Educação em Saúde. Os Parâmetros Curriculares Nacionais, ao instituírem o tema transversal saúde, vieram reforçar esse entendimento mais amplo de saúde. No entanto, o que vemos na prática, é a recorrência de uma Educação em Saúde ainda voltada muito mais para os aspectos biológicos da saúde do que para uma abordagem interdisciplinar. Para que uma mudança ocorra é necessário investimento na formação inicial e continuada de professores, propiciando as condições necessárias para que o trabalho seja desenvolvido dentro das novas perspectivas de Educação em Saúde.

ATIVIDADE FINAL

Na Atividade 1, você trabalhou com uma situação hipotética. Agora, infelizmente, a atividade será desenvolvida a partir de um relato real.

Leia com atenção o trecho de uma notícia veiculada na seção “Viva Mais” (p. 24) do jornal *Extra* em 30 de abril de 2005:

A infecção de recém-nascidos por bactérias não é um problema restrito à Maternidade (...). Na Semana Santa, dois bebês morreram e outros dois foram contaminados por uma bactéria dentro da UTI neonatal do (...) que também é da prefeitura. Quatro crianças que estavam na mesma UTI estão até hoje isoladas, em observação.

O fato, abafado pelas autoridades, veio à tona com uma inspeção feita no local pela Comissão de Saúde da Câmara.

Baseando-se nos textos lidos anteriormente, responda:

- Pode-se compreender a situação descrita apenas por meio das Ciências Naturais ou ela necessita de uma abordagem interdisciplinar?
- Como outras disciplinas poderiam contribuir para um entendimento melhor da situação descrita?

RESPOSTA COMENTADA

Se você respondeu que a situação descrita pelo jornal pode ser compreendida apenas por meio das Ciências Naturais, ainda apresenta uma visão médica ou biológica da saúde. É melhor descansar um pouco e voltar a ler toda a aula. Se, ao contrário disso, respondeu que a situação descrita necessita de uma abordagem interdisciplinar, você acertou, pois as questões de saúde só são trabalhadas de forma completa se forem abordadas por meio de conhecimentos de diferentes áreas. Na situação apresentada, várias disciplinas poderiam contribuir:

- a) Ciências Naturais – com informações sobre bactérias, infecções hospitalares, desenvolvimento de bebês etc.*
- b) História – discutindo, por exemplo, a participação popular no gerenciamento e fiscalização das instituições públicas.*
- c) Geografia – trabalhando a questão da mortalidade infantil e da distribuição desigual de renda ou o acesso a bens e serviços.*
- d) Matemática – construindo e interpretando gráficos sobre os índices de mortalidade infantil nos diferentes grupos sociais, cidades do estado ou regiões do país.*
- e) Artes Plásticas e Língua Portuguesa – elaborando pôsteres, cartazes ou textos explicativos sobre os riscos de infecção hospitalar ou redigindo documentos a serem encaminhados às autoridades competentes.*

RESUMO

Em função da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Lei Nº 5692/71, ocorreu, nas escolas, a inclusão dos Programas de Saúde. A forma como era trabalhado justificou a atribuição do nome “Programas de Doenças”.

Atualmente, a inclusão do tema transversal Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais veio destacar a importância de se trabalhar as questões relativas à saúde de forma transversal, o que permitiria avançar para uma dimensão interdisciplinar. No entanto, ainda se faz necessário trilhar um longo caminho e vencer muitas dificuldades até que a Educação e Saúde seja trabalhada da forma desejada.

INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, daremos continuidade aos nossos estudos, aprofundando um pouco mais as questões relativas à saúde, cidadania e qualidade de vida.

Saúde, cidadania e qualidade de vida

AULA

4

Meta da aula

Apresentar os principais indicadores de saúde, propiciando situações que permitam a reflexão sobre o direito à saúde, as desigualdades sociais, as iniquidades e a saúde do trabalhador.

objetivos

Esperamos que, após o estudo desta aula, você seja capaz de:

- Conhecer os principais indicadores de saúde.
- Discutir a eficácia das ações educativas tradicionais utilizadas na construção de melhores níveis de saúde para a população.
- Propor atividades de educação e saúde voltadas para os alunos e os professores de Educação Básica da comunidade.
- Analisar as situações de saúde apresentadas, articulando-as e estabelecendo suas relações com a má distribuição de renda no país.

Pré-requisito

Para que você encontre maior facilidade na compreensão desta aula, é importante que retome o conceito de culpabilização da vítima, apresentado na Aula 1 deste módulo.

INTRODUÇÃO

Hoje conversaremos um pouco sobre saúde, cidadania e qualidade de vida. Discutiremos a importância de produzir e divulgar informações em saúde como forma de avaliação que contribuirá para melhorar o acesso aos serviços.

SAÚDE E INFORMAÇÃO

Inicialmente, trabalharemos com uma publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), que agrega iniciativas do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esta rede “promove a articulação de órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, envolvidas na produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no País” (RIPSA, 2002).

AD HOC

É uma expressão de origem latina que significa “para isto”. É utilizada quando queremos afirmar que algo foi estabelecido ou alguém foi designado temporariamente para solucionar uma questão específica ou imediata.

A “criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) foi concebida por grupo de trabalho *AD HOC* no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a OPAS e instituições-chave da política de informações em saúde no País (IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP e Ipea). (...) Caberia à Ripsa promover esforços continuados para articular bases de dados e informações produzidas pelas instituições integrantes. Estruturadas em indicadores específicos, essas informações se destinariam a subsidiar processos de formulação e avaliação de políticas e ações de interesse dos poderes públicos, gestores, órgãos colegiados e de controle social do SUS, entidades técnico-científicas e organizações internacionais. Em especial, a rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados. As entidades seriam co-participantes de um processo de trabalho colaborativo, capazes de propiciar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências (...)” referindo-se tanto “ao estado de saúde da população, quanto aos aspectos de natureza econômica e social que condicionam e influenciam a situação de saúde” (RIPSA, 2002, p. 15).

Essa publicação intitula-se *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações* e se apresenta com o propósito de oferecer material orientador para utilização de indicadores que foram construídos a partir de pesquisas e bases de dados nacionais.



Esta publicação é complementar à “edição 2001 de Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB, editado anualmente desde 1997 e que se encontra disponível em forma impressa e na Internet (<http://www.datasus.gov.br>). (...) O conteúdo técnico da publicação resulta do trabalho coletivo de dezenas de profissionais vinculados às instituições integrantes da Ripsa, na condição de participantes das instâncias colegiadas da Rede – Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), comitês temáticos interdisciplinares (CTI), comitês de gestão de indicadores (CGI) e grupos de trabalho *ad hoc* – ou, eventualmente, na função de consultores especializados. Esses profissionais contribuíram, ao longo de cerca de três anos, para o aperfeiçoamento do material” (RIPSA, 2002).

A busca por medidas referentes ao estado de saúde da população não é recente. Na verdade, compreende uma antiga tradição em saúde pública, que teve início com um registro sistemático de dados que inicialmente compreendiam mortalidade e sobrevivência.

O *site* da vigilância sanitária alerta para a importância da informação em epidemiologia. Especialmente para a vigilância epidemiológica, é imprescindível dispor de informação atualizada, completa e fidedigna. O acesso às informações de saúde é fundamental para todos os profissionais de saúde e também para a comunidade. Assim,

(...) A informação, sob este aspecto, deve ser vista como um importante instrumento de participação da comunidade, uma vez que possibilita à comunidade o acompanhamento e avaliação das atividades dos serviços de saúde, a análise das prioridades políticas a partir da realidade epidemiológica de determinado espaço geográfico e, de fundamental importância, o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos (GUIA, 2005).

Um sistema de informação em saúde é, na verdade, um componente do sistema de saúde que visa contribuir para a melhoria da situação de saúde da população, por meio da otimização tanto da formulação quanto da avaliação de políticas, planos e programas de saúde e do processo de tomada de decisões.

A partir do estabelecimento de um sistema de informações, o planejamento, as decisões e as ações dos gestores, nos níveis municipal, estadual ou federal, deixam de ser baseados em dados subjetivos ou em conhecimentos ultrapassados ou preconceitos.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem como funções: planejar, coordenar e supervisionar “os processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações” (<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0301.htm>).

Para visualizar de maneira mais didática as áreas nas quais o SIS deve obter e fornecer dados, você pode observar o quadro a seguir, o qual foi confeccionado com base nos dados expostos no *site* que estamos usando como referência:

Quadro 4.1: Áreas do Sistema de Informação em Saúde

DEMOGRAFIA	MORBIDADE	MEIO AMBIENTE	RECURSOS DE SAÚDE E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS	DOCUMENTAL E ADMINISTRATIVA
População, mortalidade e natalidade.	Morbidade hospitalar e ambulatorial, registros especiais, seguro social, acidentes de trânsito e de trabalho etc.	Saneamento básico, abastecimento de água, destino dos dejetos e lixo, poluição ambiental, condições de habitação, estudo de vetores.	Recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde, vigilância sanitária.	Legislação médico-sanitária, referências bibliográficas, sistemas administrativos.

**ATIVIDADE**

1. Conforme descrevemos nesta parte inicial da aula, o Sistema de Informação em Saúde é um componente do sistema de saúde. Relendo a aula ou o texto apresentado no site <<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0301.htm>>, responda: você acha realmente importante que os órgãos de saúde gastem dinheiro público e tempo com a divulgação de informações?

RESPOSTA COMENTADA

Se você achou que é perda de tempo e de dinheiro, seria importante voltar a ler o início da aula. Se achou importante, deve ter compreendido que sem informação nada pode ser feito em saúde, uma vez que ela é o meio (e não o fim) através do qual as decisões e ações podem ser tomadas.

INDICADORES

Ainda neste mesmo site, há a ressalva de que nem todo dado tem utilidade para o sistema de saúde: devem ser preferencialmente coletados dados necessários para a construção de indicadores.

Mas, afinal, o que são indicadores? Que tal olharmos a definição apresentada pela Vigilância Sanitária?

Indicadores são informações produzidas com periodicidade definida e critérios constantes e devem apresentar os seguintes requisitos para a sua obtenção: disponibilidade de dados, simplicidade técnica, uniformidade, sinteticidade e poder discriminatório. Indicadores de saúde são variáveis suscetíveis à mensuração direta que refletem o estado de saúde de pessoas numa comunidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os indicadores de saúde dividem-se em grandes grupos:

- indicadores de políticas de saúde;
- indicadores socioeconômicos;
- indicadores de provisão de serviços de saúde;
- indicadores de provisão/ cobertura de serviços de atenção básica de saúde;
- indicadores básicos de saúde (GUIA, 2005).

Mas, voltando para a publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*, o que temos?

Em seu capítulo introdutório, o documento apresenta os indicadores, categorizados em seis subconjuntos temáticos, como demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. Logo,

(...) Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (RIPSA, 2002).

A diversidade dos temas abordados e a demanda e oferta de informações em saúde requerem atualização permanente como pressuposto básico desse material.

A precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.) e as propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) influem na qualidade de um indicador. Por meio da monitoração da qualidade dos indicadores, assegura-se a confiança dos usuários acerca da informação produzida.

Duas características definem o grau de excelência de um indicador:

1) validade, ou seja, a capacidade de medir aquilo que se pretende: é determinada por meio de sensibilidade (capacidade de medir alterações de um fenômeno) e especificidade (capacidade de medir apenas o fenômeno que está sendo analisado);

2) confiabilidade ou capacidade de reproduzir os resultados em condições similares.

Há, ainda, outros atributos de qualidade de um indicador:

1) mensurabilidade: devem ser baseados em dados disponíveis ou de fácil aquisição;

2) relevância: respondem a prioridades de saúde;

3) custo-efetividade: os resultados justificam o tempo e os recursos investidos.

Além disso, é desejável que os indicadores sejam analisados, interpretados e compreendidos com facilidade pelos usuários da informação.

Quando se trata de um conjunto de indicadores, os atributos de qualidade importantes são:

- a integridade: compreender dados completos,
- a consistência interna: possuir valores coerentes e não contraditórios.

A aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medidas e cálculos assegura a qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde.

Desse modo, os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais para a avaliação da situação de saúde e sua gestão em todos os níveis. Quanto a um conjunto de indicadores de saúde, seu objetivo é produzir evidências sobre sua situação sanitária e suas tendências, o que compreenderá base empírica “para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas” (RIPSA, 2002). Por ser capaz de documentar as desigualdades em saúde, esse conjunto de indicadores constitui insumo fundamental para o estabelecimento de prioridades e de políticas públicas adequadas às necessidades da população.

Além disso, um conjunto básico de indicadores permite o adequado monitoramento de metas e objetivos em saúde, estimulando a capacidade analítica de equipes e promovendo o desenvolvimento e a intercomunicação de sistemas de informação (RIPSA, 2002).

A necessidade de construção de um instrumento de orientação técnica que facilitasse o entendimento da informação divulgada aos usuários, definindo os conceitos e os critérios adotados durante o processo de produção dos indicadores da Ripsa, deu origem à ficha de qualificação do indicador. Essas fichas de qualificação foram construídas em um longo processo de aperfeiçoamento, composto por sucessivas revisões realizadas por especialistas, consultores e grupos *ad hoc*. Ainda coube aos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), assistidos pela Secretaria Técnica da Ripsa, uma revisão final do trabalho. “Elaboradas com base em critérios homogêneos, as fichas são referência valiosa para a análise do acervo de informações produzidas na Rede” (RIPSA, 2002, p.18).

Um amplo e complexo contexto de relações institucionais engloba a produção e a utilização de informações sobre saúde no Brasil. Dentre as instituições envolvidas, podemos listar (RIPSA, 2002):

- 1) estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 2) o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem produzindo censos de âmbito nacional sobre aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde;
- 3) setores da administração pública que produzem dados e informações que compreendem subsídios para a análise de saúde;
- 4) instituições de ensino e pesquisa;
- 5) associações técnico-científicas e de categorias profissionais ou funcionais;
- 6) ONGs – organizações não-governamentais.

Sistemas nacionais de informação importantes foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas, com avanços significativos na disseminação eletrônica de dados acerca “de nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros” (RIPSA, 2002).

Embora as instituições de ensino de saúde pública venham utilizando-se desses dados por conta de sua disponibilidade, ainda persiste um grande desafio no tocante a um aproveitamento mais adequado dessas informações, especialmente por instâncias gestoras do sistema de saúde. A própria Ripsa (2002) salienta que a expansão do acesso aos dados não corresponde ao desenvolvimento qualitativo de sistemas de informação, carecendo, ainda, de análises dirigidas à gestão de políticas públicas de saúde.

Em agosto de 1996, a Primeira Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa aprovou a Matriz de Indicadores Básicos, cuja construção baseou-se em critérios de relevância (compreensão da situação de saúde, suas causas e suas conseqüências); validade (orientação de decisões de política e apoio do controle social do SUS); identidade (gestão do sistema de saúde), além de disponibilidade das bases de dados, dos sistemas de informação ou dos estudos nacionais. Os mesmos critérios vêm sendo mantidos em revisões em atualizações periódicas.

Mas, vamos voltar aos indicadores? Conforme já vimos, há seis subconjuntos temáticos em que os indicadores estão agrupados: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Cada indicador é produzido sob a responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema. Esta fornece, a cada ano, dados brutos para o cálculo, realizados em planilha eletrônica padronizada e preparada pelo Datasus.

A matriz apresenta os indicadores segundo a sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. Compreende instrumento para a elaboração dos Indicadores e Dados Básicos (IDB), periodicamente divulgados, que apresentam informes e permitem análises da situação de saúde e suas tendências. A matriz vigente, atualizada para a elaboração do IDB-2001, é apresentada em um capítulo específico intitulado Matriz de indicadores (capítulo 2), do livro *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações* (RIPSA, 2002, p. 21).



No Capítulo 3 da publicação *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*, estão apresentadas as fichas de qualificação dos indicadores adotados na Ripsa, divididos por subconjuntos temáticos. As fichas são valiosa referência para a análise das informações produzidas na Rede (RIPSA, 2002).

Gostaria de ver essa matriz? Espere um pouco. Que tal dar uma paradinha, levantar, esticar as pernas? Aproveite para fazer um lanche. Converse um pouco ou, então, olhe pela janela e observe a vista. Não se preocupe em dirigir a observação a uma finalidade específica, mas observe seu entorno. Ele poderá ser útil para a realização das atividades.

Como o documento original (disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>) é muito extenso, selecionamos apenas as categorias representativas de cada um dos grandes grupos de indicadores, as quais se encontram separadas nos quadros a seguir.

Quadro 4.2: Indicadores demográficos

- A.1. População total.
- A.2. Razão de sexos.
- A.3. Taxa de crescimento da população.
- A.4. Grau de urbanização.
- A.5. Taxa de fecundidade total.
- A.6. Taxa específica de fecundidade.
- A.7. Taxa bruta de natalidade.
- A.8. Mortalidade proporcional por idade.
- A.9. Mortalidade proporcional por idade, em menores de 1 ano.
- A.10. Taxa bruta de mortalidade.
- A.11. Esperança de vida ao nascer.
- A.12. Esperança de vida aos 60 anos.
- A.13. Proporção de menores de 5 anos de idade na população.
- A.14. Proporção de idosos na população.
- A.15. Índice de envelhecimento.
- A.16. Razão de dependência.

Quadro 4.3: Indicadores socioeconômicos

- B.1. Taxa de analfabetismo.
- B.2. Níveis de escolaridade.
- B.3. Produto interno bruto (PIB) per capita.
- B.4. Razão de renda.
- B.5. Proporção de pobres.
- B.6. Taxa de desemprego.
- B.7. Taxa de trabalho infantil.

Quadro 4.4: Indicadores de mortalidade

- C.1. Taxa de mortalidade infantil.
 - C.1.1. Taxa de mortalidade neonatal precoce.
 - C.1.2. Taxa de mortalidade neonatal tardia.
 - C.1.3. Taxa de mortalidade pós-neonatal.
- C.2. Taxa de mortalidade perinatal.
- C.3. Taxa de mortalidade materna.
- C.4. Mortalidade proporcional por grupos de causas.
- C.5. Mortalidade proporcional por causas mal definidas.
- C.6. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade.
- C.7. Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade.
- C.8. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.
- C.9. Taxa de mortalidade por causas externas.
- C.10. Taxa de mortalidade por neoplasias malignas.
- C.11. Taxa de mortalidade por acidente de trabalho.
- C.12. Taxa de mortalidade por diabetes melito.

- C.13. Taxa de mortalidade por cirrose hepática.
- C.14. Taxa de mortalidade por aids.
- C.15. Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal.

Quadro 4.5: Indicadores de morbidade e fatores de risco

- D.1. Incidência de doenças transmissíveis.
- D.2. Taxa de incidência de doenças transmissíveis.
- D.3. Taxa de detecção de hanseníase.
- D.4. Índice parasitário anual (IPA) de malária.
- D.5. Taxa de incidência de neoplasias malignas.
- D.6. Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho.
- D.7. Taxa de incidência de acidentes de trabalho (típicos).
- D.8. Taxa de incidência de acidentes de trabalho (de trajeto).
- D.9. Taxa de prevalência de hanseníase.
- D.10. Taxa de prevalência de diabetes melito.
- D.11. Taxa de prevalência de doenças do aparelho circulatório.
- D.12. Índice CPO-D aos 12 anos.
- D.13. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas.
- D.14. Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas.
- D.15. Proporção de nascidos vivos por idade materna.
- D.16. Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer.
- D.17. Prevalência de déficit ponderal por idade em crianças menores de 5 anos.
- D.18. Proporção de crianças com déficit estatural para a idade.
- D.19. Prevalência de aleitamento materno.
- D.20. Prevalência de aleitamento materno exclusivo.
- D.21. Taxa de prevalência de fumantes regulares.
- D.22. Prevalência de pacientes em diálise.

Quadro 4.6: Indicadores de recursos

- E.1. Número de profissionais de saúde por habitante.
- E.2. Número de leitos hospitalares por habitante.
- E.3. Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante.
- E.4. Gasto nacional com saúde como percentual do produto interno bruto (PIB).
- E.5. Gasto nacional per capita com saúde.
- E.6. Gasto público com saúde como proporção do PIB.
- E.7. Gasto federal com saúde como proporção do PIB.
- E.8. Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total.
- E.9. Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar.
- E.10. Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial.
- E.11. Gasto médio (SUS) por internação hospitalar.
- E.12. Gasto público com saneamento como proporção do PIB.
- E.13. Gasto federal com saneamento como proporção do PIB.
- E.14. Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total.

Quadro 4.7: Indicadores de cobertura

- F.1. Número de consultas médicas (SUS) por habitante.
- F.2. Número de procedimentos complementares por consulta médica.
- F.3. Número de internações hospitalares por habitante.
- F.4. Número de procedimentos complementares por internação hospitalar.
- F.5. Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade.
- F.6. Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal.
- F.7. Número de partos hospitalares.
- F.8. Número de partos cesáreos.
- F.9. Número de partos cesáreos (SUS).
- F.10. Razão entre nascidos vivos informados e estimados.
- F.11. Razão entre óbitos informados e estimados.
- F.12. Proporção de óbitos sem assistência médica.
- F.13. Cobertura vacinal no 1º ano de vida.
- F.14. Proporção da população feminina em uso de métodos contraceptivos.
- F.15. Cobertura do setor de saúde suplementar.
- F.16. Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar.
- F.17. Cobertura de redes de abastecimento de água.
- F.18. Cobertura de esgotamento sanitário.
- F.19. Cobertura de serviços de coleta de lixo.

Bem, vista a matriz, que tal agora realizar algumas atividades a respeito dos indicadores de saúde?



ATIVIDADES

2. O quadro a seguir apresenta os principais grupos de indicadores de saúde. Você saberia ilustrar, com dois exemplos, cada categoria de indicador?

Categorias	Exemplos	
Demográficos		
Socioeconômicos		
Mortalidade		
Morbidade e fatores de risco		
Recursos		
Cobertura		

RESPOSTA COMENTADA

Esta atividade é apenas para que você fixe alguns dos termos que estamos apresentando. Não esperamos que você memorize tudo o que foi apresentado, mas que possa estar familiarizado com a terminologia utilizada para os indicadores de saúde.

Uma boa maneira de compreender a importância dos indicadores de saúde é observar situações cotidianas. Assim, as atividades que se seguem apresentam um indicador tal e qual aparece na Matriz de Indicadores disponível no site <<http://tabnet.datasus.gov.br>>) e propõem questionamentos acerca deles.

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.1. Taxa de mortalidade infantil.	Número de óbitos de crianças de menos de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1 mil). Alternativo: estimativa por técnicas demográficas especiais.	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. – Componentes da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias) e mortalidade pós-neonatal (28 dias e mais).	MS/ Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). IBGE: estimativas baseadas no Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estudos especiais.
C.6. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade.	Percentual de óbitos por doença diarreica aguda (códigos A00 e A09 da CID-10), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por doença diarreica aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade por causas definidas (X100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.	MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

3. Os indicadores a seguir se referem à mortalidade infantil:

Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

NORDESTE TEM MAIS MORTALIDADE INFANTIL

A pesquisa do IBGE mostrou que, enquanto a mortalidade na infância de crianças menores de 5 anos, residentes em domicílios adequados, se situava em torno de 26 por mil nascidos vivos, em 2000, para as que residiam em domicílios inadequados a mortalidade subia para 45 por mil. O Brasil tem 1.159 municípios com taxa de mortalidade superior a 40 por mil nascidos vivos nessa faixa de idade. Desse total, 1.086 estão no Nordeste e 25 em Minas Gerais (OTÁVIO, 2005, p. 14).

Leia o trecho de um texto publicado no jornal *O Globo*, de 14/5/2005, na seção O País:

Após a leitura do texto, um aluno concluiu: “Se a mortalidade infantil é maior em domicílios inadequados, esse problema seria solucionado por meio de campanhas educativas. Assim, hábitos corretos poderiam ser ensinados.” Como você se posiciona em relação a essa afirmação?

RESPOSTA COMENTADA

Se você se posicionou favoravelmente, retorne às aulas anteriores e reveja o conceito de culpabilização da vítima e o enfoque informativo de educação e saúde.

Se você se posicionou de forma contrária à afirmação, percebeu o processo de culpabilização da vítima presente na fala do aluno. Na verdade, a inadequação dos domicílios decorre de condições como saneamento básico, coleta de lixo e outras, sobre as quais as pessoas, na maioria das vezes, não têm possibilidades de interferir diretamente. Assim, embora campanhas educativas muitas vezes sejam importantes, sua função, normalmente, compreende apenas, o ensino de hábitos, não se detendo na possibilidade de instrumentalizar os sujeitos para a construção de suas próprias histórias, talvez novas histórias (retome a discussão sobre educação popular da aula anterior).

4. Os indicadores a seguir pertencem à categoria de Indicadores Socioeconômicos:

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
B.6 Taxa de desemprego	Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho, na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes de 10 anos ou mais de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência, sobre o número de residentes economicamente ativos (PEA) dessa faixa etária (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas.	IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de emprego (PME).
B.7. Taxa de trabalho infantil	Percentual da população residente de 10 a 14 anos que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes de 10 a 14 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego, na semana de referência, sobre a população total residente dessa faixa etária (x100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas.	IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de emprego (PME).

Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

a. O texto a seguir discute algumas questões referentes ao combate/controle do trabalho escravo no Brasil.

APLICADA MULTA RECORDE POR TRABALHO ESCRAVO

Grupo agropecuário é condenado a pagar R\$ 3 milhões pela exploração de 180 trabalhadores em duas fazendas. BRASÍLIA. No dia em que se comemorou os 117 anos da abolição da escravatura, a Justiça do trabalho aplicou a maior multa até hoje por exploração de trabalho escravo. O juiz titular da 2ª. Vara do Trabalho de Marabá (PA), Jorge Vieira, condenou o grupo Lima Araújo Agropecuária a pagar R\$ 3 milhões por explorar 180 trabalhadores em duas fazendas de sua propriedade. Na sentença, o juiz também determina a quebra de sigilo fiscal e bancário e a indisponibilidade dos bens do grupo. (...) Entre 1998 a (sic) 2002, o Grupo Móvel de Fiscalização do Governo federal libertou empregados nestas fazendas por três vezes. (...) Relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgado esta semana diz que o Brasil tem sido um exemplo no combate à mão-de-obra escrava nos últimos anos. Na Câmara, aconteceu uma sessão em homenagem à Lei áurea. O destaque foi a performance de um grupo de crianças e adolescentes de comunidades carentes do Paranoá (ÉBOLI, 2005, p. 16).

Após a leitura do texto, reflita acerca dos elementos que corroboram a afirmação do relatório da OIT de que o Brasil tem sido um exemplo no combate à mão-de-obra escrava nos últimos anos. Você seria capaz de retirá-los do texto?

RESPOSTA COMENTADA

Não deve ter havido muita dificuldade em identificar o que foi pedido. Os itens a serem selecionados compreendem:

- *Existência e atuação de Grupo móvel de Fiscalização do Governo Federal.*
- *Ação do Ministério Público do Trabalho (concedendo multas e determinando quebra de sigilo bancário).*
- *Ação da imprensa em divulgar/ denunciar fatos referentes a trabalho escravo.*
- *Envolvimento de Parlamentares (homenagem à Lei Áurea na Câmara dos Deputados).*
- *Apresentação de crianças e adolescentes de comunidades carentes do Paraná (encenação de peça sobre trabalho escravo).*

b. Além do trabalho escravo, o trabalho infantil também vem sendo combatido no Brasil. Infelizmente, a matéria a seguir, divulgada recentemente, mostra-nos que essas duas condições não estão separadas e nem mesmo distantes.

FAZENDA TINHA TRABALHO ESCRAVO NO RIO GRANDE DO SUL

Polícia prende capataz que mantinha 34 lavradores, entre eles cinco menores, em regime de escravidão. PORTO ALEGRE. (...) há 40 dias eram mantidos em regime de escravidão 34 trabalhadores rurais contratados no interior do Paraná, entre eles cinco adolescentes de 14 a 17 anos. Um dos adolescentes estava doente e foi espancado por não ter tido condições de trabalhar. (...) – Os trabalhadores foram encontrados, durante a madrugada, abrigados num galpão sem as mínimas condições para servir de moradia, em condições muito precárias. Além de não receberem pelo trabalho que faziam, eram obrigados a comprar num armazém da fazenda com preços absurdos. Eram proibidos de deixar a fazenda e, em caso de doença, não recebiam qualquer atendimento (OLIVEIRA, 2005, p. 15).

Sobre o texto citado, responda: qual a importância de um grupo de crianças e adolescentes de comunidades carentes encenarem peça sobre trabalho escravo na Câmara dos Deputados?

RESPOSTA COMENTADA

Aqui você poderia listar inúmeras razões. Dentre as quais, poderiam estar:

– Chamar atenção sobre um problema de sua comunidade (oportunizar a discussão na Câmara e permitir divulgação pela imprensa, já que foi evento comemorativo).

– Oportunizar a divulgação de como os próprios atores do trabalho escravo vêem essa realidade, por meio de representações.

Desse modo, após a realização desta atividade, parece evidente a necessidade de melhoria de condições de trabalho e, mais do que isso, de combater o desemprego, o qual leva pessoas (adultos, adolescentes e até crianças) a se sujeitarem a condições subumanas de trabalho, na esperança de melhores condições de existência.

5. A matriz de indicadores a seguir ilustra um dos indicadores de cobertura.

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
F.14. Proporção da população feminina em uso de métodos contraceptivos	Percentual da população de mulheres residentes, em idade fértil, fazendo uso de métodos anticoncepcionais, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de mulheres residentes, da faixa etária selecionada entre 15 e 49 anos, usando métodos anticoncepcionais, sobre a população feminina residente do mesmo grupo etário (x100).	Unidade geográfica: Brasil. Faixa etária: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 anos de idade. Tipo de método: esterilização feminina, pílula, condom e demais métodos.	MS/SPS: estudos amostrais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, tornou disponíveis dados representativos da situação média nacional.

Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

Selecionamos, a seguir, algumas manchetes e trechos de textos do jornal O Globo acerca do tema gravidez:

GRAVIDEZ TIRA DA ESCOLA 25% DAS ADOLESCENTES

A gravidez precoce é hoje no Brasil a maior causa da evasão escolar entre garotas de 15 a 17 anos. (...) complicações decorrentes da gestação e do parto são a terceira causa de morte entre as adolescentes de 15 a 19 anos, atrás apenas de acidentes de trânsito e homicídios. (...) de 2001 a 2003, nasceram no Brasil 82 mil bebês cujas mães tinham de 10 a 14 anos (LINS; ESCÓSSIA, 2005, capa).

MÃES MENINAS GERAM 10.200 BEBÊS

No norte e no nordeste é onde nasce o maior percentual de bebês de mães com idades entre 10 e 14 anos. Em números absolutos, o nordeste é a região mais fértil: são mais de 10.200 bebês que nascem a cada ano de mães meninas. E os números não mudam muito de um ano para outro (*ibid*, p. 3).

UM PAÍS DESIGUAL DESDE A GRAVIDEZ

De 1991 a 2000, o número de jovens de 10 a 14 anos que foram mães pela primeira vez cresceu 93,7%, revelam dados do IBGE sobre as mães brasileiras. A pesquisa aponta a explosão da gravidez adolescente no país – um fenômeno associado muitas vezes à pobreza e à baixa escolaridade. No outro extremo da fertilidade, entre 40 e 49 anos, o número de mães pela primeira vez cresceu 26% – a maioria de alta renda e escolaridade. Outra pesquisa, divulgada pela Fundação Getúlio Vargas, mostrara que, entre as jovens de 15 a 19 anos, a taxa de fecundidade nas favelas cariocas é cinco vezes a dos bairros de classe média e alta (*ibid*, capa).

MÃES AOS 14 E AOS 40, FENÔMENO DA DESIGUALDADE

Conheça a pesquisa

Gravidez aos 14 e aos 40 é um fenômeno que fala sobre a desigualdade como marca social brasileira e precisa ser interpretado a partir de um conjunto de fatores, diz Juarez de Castro Oliveira, gerente de Estudos e Análise de demografia do IBGE (...) Das mães de 10 a 14 anos, mais de 80% engravidaram no ensino fundamental: 30,2% tinham de um a três anos de estudo e 53,19% tinham de quatro a sete anos de estudo. Um quarto (25,29%) não tinha rendimento algum, e 52% vêm de famílias com renda mensal de até três salários mínimos. Oliveira alerta para o fato de, para muitas adolescentes, a gravidez ser resultado não apenas da falta de informação sobre métodos contraceptivos, mas da busca de auto-estima. Muitas vezes, para uma jovem que não se interessa pela escola nem tem perspectiva de crescimento profissional, ser mãe é uma forma de encontrar seu lugar no mundo e ter relativa independência em relação aos pais (*ibid*, p. 12).

a. Sobre o material lido, analise a afirmação: a ação mais importante para minimizar o problema seria uma ampla campanha educativa para divulgar a necessidade de utilização de contraceptivos.

RESPOSTA COMENTADA

Se você concordou com a afirmação, releia o parágrafo final da última matéria apresentada.

Apenas divulgar a importância da utilização de métodos contraceptivos não é suficiente, pois, como o texto salienta, muitas conhecem os métodos, mas decidem engravidar como forma de “ascensão” social. Melhor distribuição de renda e programas de inclusão social seriam fundamentais, além de ações de educação e saúde em que houvesse uma ampla discussão acerca do corpo e de como ser sujeito desse corpo. O nível de escolaridade também é importante, pois, pelo censo do IBGE, quanto maior a escolaridade, maior a capacidade de escolha e a possibilidade de autogerir a própria vida, como sujeito de sua própria história. Talvez as atividades de educação e saúde pudessem estar relacionadas com a educação formal (como o previsto nos PCN, já discutido na Aula 3), dentro de um movimento mais amplo de melhoria de condições globais de existência.

b. Qual seria o papel da escola na discussão desses temas? Você seria capaz de, utilizando o(s) texto(s) apresentado(s), propor uma atividade para discutir a importância da oferta de contraceptivos à população?

RESPOSTA COMENTADA

A escola deve promover discussões acerca do corpo e do papel do sujeito na sociedade. A promoção do conhecimento deste corpo deve ser feita integrando-o ao indivíduo, por meio da ampliação das discussões para além de uma visão biológica (o biologismo referido na última aula) e considerando outras dimensões (social, cultural, econômica, política, histórica, antropológica).

Quanto à sugestão de atividade solicitada, você pode ter imaginado as mais diversas. Uma delas poderia ser feita a partir da leitura dos dois primeiros textos. Você poderia perguntar que ações seriam importantes para o controle do aumento da gravidez precoce. Dentre elas, seria listada a oferta de contraceptivos à população. É importante, entretanto, não se restringir a ela, mas salientar melhores condições de vida em geral, oportunidades de trabalho/emprego (possibilidade de vislumbrar um futuro digno), maior permanência na escola (maior escolaridade).

CONCLUSÃO

Um sistema de informação em saúde é um componente do sistema de saúde e visa a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população. O acesso às informações é fundamental para todos os profissionais de saúde e também para a comunidade.

Os indicadores, categorizados como demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura, são ferramentas fundamentais para a avaliação da situação de saúde e sua gestão em todos os níveis. O objetivo de um conjunto de

indicadores de saúde é produzir evidências acerca da situação sanitária e suas tendências, o que compreenderá a base empírica “para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas” (RIPSA, 2002). Por ser capaz de documentar as desigualdades em saúde, constitui insumo fundamental para o estabelecimento de prioridades e políticas públicas adequadas às necessidades de saúde da população.

E, além da análise de saúde, um conjunto básico de indicadores permite o adequado monitoramento de metas e objetivos em saúde, estimulando a capacidade analítica de equipes de saúde e promovendo o desenvolvimento e a intercomunicação de sistemas de informação de saúde (RIPSA, 2002).

A escola, trabalhando com os indicadores, pode oportunizar discussões acerca de situações reais, cotidianas dos alunos. Não se trata apenas de visualizar situações (mesmo porque estas já estão, na maioria das vezes, evidentes), mas discuti-las em uma dimensão interdisciplinar, onde a voz dos sujeitos se faz presente e alternativas podem ser construídas partindo da própria análise destes indivíduos envolvidos e da interação entre eles e os profissionais. Enfim, uma educação que vise à inclusão social, conforme fica evidente na citação a seguir:

O que se espera da escola é que seus planos sejam definidos por uma educação para a cidadania global, livre de preconceitos, a qual se dispõe a reconhecer e a valorizar as diferenças, a incompletude, a singularidade dos seres humanos, idéias essenciais para se entender à inclusão (MANTOAN *apud* MITTLER, 2003).

ATIVIDADE FINAL

Um indicador socioeconômico conhecido de todos é o Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Este é definido como o “valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (Matriz de Indicadores, disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>).

O jornal *O Globo*, de 4 de maio de 2005, trazia a manchete de capa:

PIB ALTO, QUALIDADE DE VIDA BAIXA

IBGE mostra que 9 cidades produzem 25% da riqueza

O primeiro levantamento do IBGE sobre o PIB dos municípios evidenciou a desigualdade na produção da riqueza. Apenas nove das 5.560 cidades detêm 25% do PIB nacional. São Paulo sozinha responde por 10,4%, e o Rio, por 4,67%. Somente uma cidade, Curitiba, está entre os 20 municípios de maior desenvolvimento humano. No extremo oposto, estão 1.272 localidades onde toda a riqueza somada alcança 1% do PIB, que em 2002 foi de R\$ 1,346 trilhão (LINS; ESCÓSSIA, capa).

Ainda sobre o mesmo tema, em artigo de Flávia de Oliveira, na página 25:

VIGOR ECONÔMICO, ATRASO SOCIAL

Cidades que se destacam no PIB têm baixa qualidade de vida

As estatísticas divulgadas ontem pelo IBGE ajudam a derrubar a crença de que vigor econômico é sinônimo de desenvolvimento social. Municípios no topo da lista dos maiores PIBs do país estão mal colocados no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano, um indicador que mede as condições de vida com base na renda média, escolaridade e esperança de vida da população. A paulista São Caetano do Sul tem o mais alto IDH do Brasil: 0,919, numa escala em que quanto mais próximo de um, melhor. Mas é apenas o 73º maior PIB municipal. Em contrapartida, Manaus, quinto maior PIB, tem o 1.194º IDH. São Francisco do Conde, que exibe a maior renda per capita, tem o 2.735º IDH. Já Duque de Caxias – que entre 1999 e 2002 saiu de 15ª para a 6ª posição entre os maiores PIBs – tem o 1.782º IDH do Brasil. O indicador de 0,753 faz da segunda cidade mais rica do Estado do Rio uma área de médio desenvolvimento social, como atesta Charles Robert de Navarro, coordenador da Associação de Moradores da Avenida Teixeira Mendes, uma das muitas áreas pobres do Município: – Infelizmente, essa riqueza não alcançou nossa comunidade. Não temos creche, nem saneamento básico, 40% dos adultos não sabem ler e a maioria dos trabalhadores daqui são biscateiros.

Utilize este material para estabelecer uma conexão entre as Atividades 3, 4 e 5. É possível estabelecer um elo causal entre as situações apresentadas nessas atividades e o material desta última atividade?

RESPOSTA COMENTADA

Você deve ter percebido que mortalidade infantil, desemprego e condições subumanas de trabalho, que incluem o trabalho infantil, e mesmo os altos índices de gravidez na adolescência (a despeito da existência de programas de distribuição gratuita de preservativos na rede pública de assistência), podem ser explicadas por uma série de fatores. Dentre eles, deve ser destacada a má distribuição de renda.

Essa situação fica evidente na fala do coordenador da associação de moradores de uma área pobre do município de Duque de Caxias, Charles Robert de Navarro, quando salienta que, embora seja o 6º PIB, a riqueza não alcançou a comunidade, a qual não possui creche nem saneamento básico. Além disso, o índice de analfabetismo de adultos é alto e há carência de trabalho formal. Ainda quanto a essa questão, numa entrevista publicada no jornal O Globo, de 15 de maio de 2005, o economista americano Jeremy Rifkin explicita, a respeito do PIB americano, que este indicador “mede apenas o crescimento, não mede bem-estar. Gastos com prisões, energia desperdiçada e armamentos geram PIB, mas não trazem qualidade de vida” (VASCONCELLOS, 2005, p.15). Isto faz com que se entenda melhor a situação descrita no município de Duque de Caxias, que apresenta um IDH não compatível com o seu PIB.

Rifkin, autor do livro O sonho europeu, recentemente lançado no Brasil, declara que o sonho americano de “realização individual por meio de trabalho duro, num ambiente que conjuga igualdade de oportunidades, o máximo de liberdade e o mínimo de Estado seria inadequado ao século XXI”. Em contrapartida, ele diz que o sonho europeu agregaria as aspirações da sociedade capitalista democrática. Assim, o “cada um por si” norte-americano, seria substituído por multiculturalismo, bem-estar social, tolerância e cooperação.

Na verdade, o autor se baseia no fato de o PIB europeu, mesmo sendo menor do que o americano, produzir mais qualidade de vida. Ele ilustra isso com dados de pesquisa: dentre os 25 países da comunidade européia, 18 superam os EUA nos testes de Pisa (medem a qualidade da leitura e do cálculo em alunos do Ensino Básico). Os níveis de mortalidade infantil e de pobreza também são menores na Europa, em comparação com os EUA.

Desse modo, podemos perceber que nem sempre PIB alto é sinônimo de melhor qualidade de vida da população. O ideal é aliar este indicador a outros, como mortalidade infantil, nível de desemprego etc. Assim, ficaria evidente não apenas o crescimento econômico, mas como este crescimento se reflete nos cidadãos.

RESUMO

A importância da informação na área da saúde, bem como a definição de indicadores de saúde e as suas principais características foram salientadas. Foram apresentados os principais indicadores, os quais se dividem em categorias: DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, MORTALIDADE, MORBIDADE E FATORES DE RISCO, RECURSOS, COBERTURA. As atividades propostas visaram à aplicação dos indicadores a situações reais da população brasileira.

INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓXIMA AULA

Em nossa próxima aula, iremos apresentar e debater a influência que as mudanças tecnológicas, ambientais, políticas e sociais ocasionam na saúde individual, coletiva e do ambiente. Nosso foco será a saúde ambiental.

Saúde ambiental

AULA 5

Meta da aula

Apresentar e debater as inter-relações existentes entre o modelo de desenvolvimento atual, o ambiente e a saúde individual, coletiva e ambiental.

Esperamos que, após o estudo desta aula, você seja capaz de:

- Destacar as inter-relações existentes entre saúde e ambiente.
- Identificar e utilizar corretamente os conceitos de poluição, saúde ambiental, sociedade mundial de risco, perigo e riscos ambientais.
- Elaborar e desenvolver atividades de educação e saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica (ensino formal) e a comunidade em geral (ensino não-formal).

Pré-requisitos

Para uma melhor compreensão desta aula, é importante que você tenha entendido o que significa ter saúde e as interfaces e interdependências que a saúde possui com todas as demais dimensões da vida humana: sociais, políticas, culturais, econômicas, educacionais, biológicas etc. Portanto, se ainda persiste alguma dúvida, releia as aulas anteriores desta disciplina antes de iniciar esta aula.

INTRODUÇÃO

Nas aulas anteriores, você entrou em contato com o conceito de saúde e as diversas dimensões, situações, questões e temas que formam esse imenso campo da educação e saúde.

Nesta aula, apresentaremos uma dimensão já citada em aulas anteriores: a dimensão ambiental da saúde. Esta, devido à sua importância, será destacada de modo a permitir uma discussão maior e mais ampla sobre a sua influência na saúde individual e coletiva. Vamos falar de Saúde Ambiental e das condições da sociedade atual que geraram a necessidade de se destacar essa dimensão e suas consequências.

Vamos começar?

A SOCIEDADE MUNDIAL DE RISCO

É incontestável que os avanços científicos e tecnológicos alcançados nas últimas décadas, em todas as áreas do conhecimento humano, colocaram à disposição da população mundial uma infinidade de informações, técnicas, equipamentos e objetos de grande poder e sofisticação. Por outro lado, é também indiscutível que todos esses avanços e melhorias, além de não serem compartilhados por todos (só os mais ricos costumam ter acesso), acabaram gerando uma degradação e uma poluição ambiental que, numa escala crescente e exponencial, colocam em risco os ecossistemas naturais e os ambientes construídos pelos seres humanos.



A poluição ambiental

A poluição ambiental, uma das grandes vilãs de todo esse processo de degradação ambiental, pode ser definida, de acordo com o Vocabulário Brasileiro de Recursos Naturais e Meio Ambiente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como:

Degradação da qualidade ambiental resultante das atividades que direta ou indiretamente prejudiquem a saúde, a segurança e o bem-estar da população, criem condições adversas às atividades sociais e econômicas, afetem desfavoravelmente a biota, afetem as condições estéticas ou sanitárias do meio ambiente, e lancem materiais ou energia em desacordo com os padrões ambientais estabelecidos (IBGE, 2004, p. 251).

Para Antunes (2000), a poluição pode ser definida como “uma presença quantitativa de determinados elementos contaminantes na atmosfera, de forma que a sua quantidade possa ser nociva ao ser humano, às plantas e aos animais, assim como sejam capazes de interferir no controle da vida ou prejudicar propriedades” (p. 177).

De acordo com Brilhante (1990), a poluição também pode ser definida como:

(...) qualquer alteração da composição e das características do meio que cause perturbações nos ecossistemas, ou ainda, como uma interferência danosa nos processos de transmissão de energia. Consiste em distúrbios ambientais consubstanciados em fatos ou fenômenos desfavoráveis diretos ou indiretos. Os primeiros compreendem ataques à saúde e aos bens, como a promoção de deslocamentos populacionais ou desequilíbrio social, ou ainda, implicações na qualidade de vida, como a poluição sonora e estética, entre outros inconvenientes (p. 20).

Apesar de todas essas definições assustadoras e avisos, uma parcela da sociedade atual parece negar-se a perceber o perigoso caminho que está trilhando e continua a investir em um modelo de desenvolvimento que já deu provas suficientes de sua incompatibilidade com a vida.

A destruição dos ecossistemas naturais por meio do consumo exagerado dos recursos naturais e do desperdício de bens materiais, marcas registradas do estilo de vida atual, faz com que ocorram

diminuição da biodiversidade, desequilíbrios ambientais e aumento exponencial dos resíduos sólidos, líquidos e gasosos gerados pelas atividades humanas:

(...) a deterioração progressiva do meio ambiente planetário na segunda metade do século, produzida pelo desenvolvimento industrial apoiado em tecnologia invasiva e predatória da natureza, com os conhecidos efeitos da poluição atmosférica, pluvial e marítima, da erosão, do assoreamento, da desertificação e da depredação de sítios e nichos insubstituíveis da natureza, colocando-se em risco a diversidade biológica e a própria sobrevivência da Humanidade (LUZ, 1997, p. 22).

O fato é que, enquanto os conhecimentos, bens e serviços gerados em diferentes áreas científicas e tecnológicas são usufruídos por alguns indivíduos ou países, a degradação ambiental e os riscos daí advindos são divididos com toda a humanidade.

ATIVIDADE



Observando o Entorno: Identificando Problemas

1. Aproveite para esticar um pouco as pernas e os braços e vá até a janela ou saia de casa (se possível).

Observe atentamente o ambiente ao seu redor. Tente identificar pelo menos dois tipos de poluição ou degradação ambiental que ocorram na localidade e preencha o quadro a seguir.

Tipo de poluição observada		
Quem ocasiona?		
Uma consequência:		

RESPOSTA COMENTADA

Como as respostas podem ser muito variadas, pois irão depender dos ambientes observados, vamos lembrar apenas alguns fatores que podem ser observados e auxiliar você a realizar um rápido diagnóstico:

- *Se você puder avistar algum morro (montanha), tente verificar como está a sua vegetação, se existem vestígios de queimadas ou erosão.*
- *O local onde você está tem trânsito intenso? Tente perceber se o ar é agradável ou se existe alguma chaminé funcionando.*
- *Consegue observar algum curso d'água? Tente verificar como está o volume e a qualidade das águas ou se existe vegetação arbórea nas margens (mata ciliar).*
- *As casas recebem água tratada? A comunidade possui rede de esgoto?*

Calma, não é para observar tudo isso de uma vez. Isto é apenas um primeiro exercício. Se tiver alguma dúvida, entre em contato com a tutoria.

Quando você estiver lecionando, este tipo de atividade poderá ser desenvolvido com seus alunos e comunidade.

Vamos voltar à aula?

A distribuição desigual dos riscos ambientais

Essa divisão de problemas, tragédias e perigos, no entanto, não é feita da mesma forma para todos, uma vez que são as populações e grupos sociais menos favorecidos os que mais sofrem as consequências desse progresso científico e tecnológico.

Apesar de, na maioria vezes, não serem os beneficiários diretos dos produtos e processos, convivem continuamente com as suas “sobras” e degradações. Devido à falta de recursos financeiros, esses grupos acabam sendo obrigados a morar em bairros periféricos próximos às fontes poluidoras (fábricas, indústrias, mineradoras etc.), em locais pouco apropriados (lixões, encostas de morros, margens de rios, manguezais etc.) e a exercer atividades profissionais que os expõem a substâncias tóxicas, altas e baixas temperaturas, radiações, descargas elétricas, objetos cortantes, agentes patogênicos etc.

Acsehrad (1993) chama atenção para esse fato, afirmando que

(...) poluição é um processo pelo qual são lançados no meio ambiente resíduos sólidos e restos líquidos e gasosos, que em sua maioria são o resultado da produção de mercadorias. Enquanto as mercadorias são vendidas, os resíduos da produção não encontram comprador no mercado. Quando lançados no meio ambiente, esses subprodutos tóxicos são consumidos involuntariamente pela população. Portanto, a chamada “poluição” consiste em um processo de consumo forçado de substâncias poluentes por indivíduos que não assinaram nenhum contrato voluntário para que isto acontecesse (p. 17).

A esse desigual e injusto “consumo forçado” dos refugos do processo de produção denomina-se injustiça ambiental. A esse respeito, veja a citação a seguir:

Injustiça ambiental é o mecanismo pelo qual sociedades desiguais destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento a grupos sociais de trabalhadores, populações de baixa renda, grupos raciais discriminados, populações marginalizadas e vulneráveis (COLÓQUIO, 2001).

Buscando alterar essa situação, diferentes setores sociais vêm se mobilizando em torno de um movimento que se convencionou chamar justiça ambiental. De acordo com Layrargues (2000), justiça ambiental é um “conceito que enfatiza a distribuição desigual do risco entre os pobres e as minorias étnicas, em relação ao conjunto da sociedade como um todo” (pp. 116-117).

Enquanto a justiça ambiental não se faz presente, uma grande parcela da população sofre as conseqüências desse modelo de desenvolvimento injusto. Essa parcela da população tem as suas condições de saúde alteradas, mas não consegue questionar ou mudar sua realidade, pois é incapaz de identificar a origem de seus problemas, os riscos e os perigos a que estão submetidos.

Mas, agora, que tal dar uma nova parada na leitura e realizar mais uma atividade? Preparado?



ATIVIDADE

Identificando as Vítimas

2. Esta atividade poderá ser usada quando você estiver trabalhando com seus alunos ou comunidade. Vamos imaginar uma situação bastante real e que provavelmente deve ocorrer em seu bairro ou cidade, pois, infelizmente, ocorre em diversas localidades do estado e do país.

Uma fábrica utiliza água e outros materiais de uma região e lança no rio, no solo e no ar da localidade os restos da sua produção. Como os produtos fabricados são muito caros, poucos moradores conseguem adquiri-los. A fábrica fica localizada na periferia da cidade, numa área de menor valor imobiliário. Devido à dificuldade de transporte e aos preços mais baixos dos aluguéis, os trabalhadores mais humildes da fábrica moram nas suas proximidades.

Após ler a história, responda às seguintes questões:

a. Existe, em sua localidade, alguma situação semelhante ou você já teve notícia de uma situação como essa?

() Não

() Sim Qual? _____

b. Quem acaba convivendo com os maiores riscos, os trabalhadores mais humildes (e suas famílias) ou os funcionários mais bem pagos? Por quê?

RESPOSTA COMENTADA

Não é necessário termos bola de cristal ou sermos adivinhos para saber que a sua resposta deve ter sido "sim". Se por acaso foi "não", ou você mora num lugar muito especial ou precisa ficar mais atento ao que acontece ao seu redor.

Quanto à situação existente, agora só com bola de cristal, mas de qualquer modo, é provável que você tenha descrito alguma coisa como fábrica de papel, cimento, alimentos, roupas ou de qualquer outro produto, madeireira, mineradora, estaleiro etc.

Você também não deve ter tido problemas para responder à última pergunta, pois é bastante óbvio que a distribuição de riscos é desigual e que são sempre os funcionários mais humildes os que ficam mais expostos aos riscos. Estes, além

de trabalharem com as atividades mais perigosas e poluidoras, acabam, devido à falta de recursos financeiros, morando nas proximidades das fábricas. Com isso, esses funcionários convivem o tempo todo (dentro e fora do local de trabalho) com a poluição que é gerada.

Os funcionários mais bem pagos, de modo geral, além de realizarem atividades menos perigosas à saúde devido aos maiores salários, acabam conseguindo morar em áreas mais nobres das cidades e com melhores condições ambientais. Terrível, não?

Sociedade Mundial de Risco

No mundo de hoje, é possível perceber que as descobertas científicas aplicadas em diferentes áreas, se por um lado são capazes de gerar mais conforto, facilitar a comunicação entre as pessoas e curar determinadas doenças, por outro também são capazes de colocar em risco a vida no planeta.

Entende-se por risco ambiental a probabilidade de ocorrência de acidentes que alterem o ambiente, influenciando a saúde física, mental ou social de um indivíduo ou população, ocasionando prejuízos, doenças ou mortes.

Nas últimas décadas, os riscos ambientais globais e os problemas daí resultantes ampliaram-se de forma tão avassaladora que deram origem à “teoria da sociedade mundial de risco”, onde os diversos problemas socioambientais existentes são responsabilizados pela atual situação de perigo que envolve toda a humanidade.

Apesar de a sociedade atual viver continuamente em risco, nem sempre este tem a sua gravidade aferida de forma correta ou é percebido como tal pela população a ser atingida, que por isso não se protege. É possível dizer:

Um risco perceptível pelos órgãos dos sentidos provoca uma reação de adaptação do indivíduo ao perigo. Quando o risco se torna imperceptível, o indivíduo apenas se pode proteger se estiver informado da probabilidade da sua manifestação. [...] A informação torna-se necessariamente indispensável, pois é difícil ser vigilante quando não se é avisado de um perigo invisível (DÉOUX; DÉOUX, 2000, p. 530).

Enquanto toda essa degradação ambiental era pontual e menos visível, apenas alguns se ergueram para denunciá-la. No entanto, no momento em que a degradação ambiental atinge a escala planetária (diminuição da camada de ozônio, efeito estufa, radiação atômica etc.) e que as populações dos países mais poderosos do planeta se vêem quase que, inevitavelmente, correndo riscos como todos os demais, muito mais vozes começaram a se manifestar em prol da necessidade de uma séria reflexão sobre o funcionamento da sociedade contemporânea e a gravidade dos riscos ambientais globais.

A esperança, para os que acreditam na possibilidade da instauração de uma nova ordem mundial, é que, partindo dessas constatações e auto-reflexões, a sociedade contemporânea possa criar, por meio do “choque ecológico”:

(...) uma situação que os teóricos políticos acreditavam estar reservada somente às guerras. (...) A crise da consciência ecológica pode muito bem desembocar em rompantes contra determinados grupos ou objetos. Mas também provavelmente poderá ser experimentado pela primeira vez um destino comum que, paradoxalmente, desperta uma consciência cotidiana cosmopolita, resultante da não-limitação da ameaça que foi gerada, e que talvez venha a eliminar as fronteiras entre homens, plantas e animais (BECK, 1999, p. 78).

Enquanto as mudanças necessárias não se fazem presentes, a sociedade mundial convive com perigos nunca antes imaginados. Esses perigos podem recair sobre todos os ecossistemas naturais e construídos pelo homem, ocasionando alterações no equilíbrio ambiental, nas relações políticas e sociais e, logicamente, na saúde dos indivíduos e das populações.

Que tal, agora, parar um pouco, fazer um lanche e dar um passeio mais distante e demorado para poder realizar a próxima atividade?

ATIVIDADE



Verificando Conceitos

3. Esta atividade é muito simples. O seu objetivo é apenas verificar se alguns conceitos apresentados nesta aula foram aprendidos.

Leia as afirmativas. Assinale certo ou errado. Reescreva corretamente as frases que estiverem erradas.

a. Os riscos ambientais são resultantes do uso inadequado de processos tecnológicos e podem ou não ser percebidos pelos indivíduos ou grupos afetados.

() Certo

() Errado _____

b. Perigo e risco ambiental estão intimamente relacionados e, portanto, significam a mesma coisa.

() Certo

() Errado _____

c. Atualmente, os riscos globais são tão graves que vão além do espaço e do tempo em que foram gerados.

() Certo

() Errado _____

d. A informação sobre um risco imperceptível não pode auxiliar um indivíduo a se proteger.

() Certo

() Errado _____

e. A sociedade atual passou a conviver com problemas ambientais tão arrasadores que pesquisadores criaram o que se convencionou chamar “teoria da sociedade mundial de risco”.

() Certo

() Errado _____

RESPOSTA COMENTADA

Você acertou a atividade se considerou:

Corretas → (a), (c) e (e);

Erradas → (b) e (d).

A frase (a) está correta porque o que ocasiona problemas não são exatamente as aplicações tecnológicas, mas o uso inadequado que fazemos deles. Infelizmente, como nem sempre os efeitos nocivos são imediatos, os indivíduos e as populações nem sempre conseguem relacioná-los aos problemas que os estão atingindo.

O erro da frase (b) consiste em considerar perigo e risco ambiental como sinônimos. No uso geral, essas palavras são consideradas sinônimos (consultar dicionário); no entanto, na perspectiva ambiental, têm significados diversos. Caso tenha dúvida, releia as explicações dos autores no início da aula.

A frase (c) está correta e nos chama a atenção para uma questão muito importante, que é o fato de os desequilíbrios ambientais atuais serem de uma gravidade e extensão tão grandes que vão além do local e do período em que foram produzidos. Um exemplo disso é a explosão de uma bomba atômica cuja radiação pode espalhar-se por milhares de quilômetros, e os efeitos percebidos durante muitos anos.

Quanto ao erro da frase (d), este reside no fato de considerar que a informação não pode auxiliar um indivíduo ou grupo a se proteger quando, na verdade, sabemos que a informação é um importante instrumento de defesa de indivíduos e grupos.

A última frase está correta porque sintetiza os motivos que levaram diferentes autores a denominarem a sociedade atual de “sociedade mundial de risco”.

SAÚDE AMBIENTAL: UMA CONCEPÇÃO DE SAÚDE

Se, conforme já foi explicado na Aula 1, até o início do século XX a saúde era tida como um mero estado de ausência de enfermidade ou doença física, a definição difundida desde 1948 pela Organização Mundial de Saúde de que ela é o “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” veio ampliar a definição do termo, mas ainda não deu conta da complexidade do que seja estar com saúde nos dias atuais.

Se buscarmos a origem da palavra “saúde”, vamos descobrir que está relacionada a *salute*, termo latino que significa “salvação” e que, para se conseguir que determinado indivíduo ou população tenha *salute* (salvação), é necessário muito mais do que simplesmente desenvolver junto a esses indivíduos e populações ações preventivas e/ou curativas. É preciso identificar e entender, também, como os indivíduos se relacionam com o seu próprio corpo, com os outros indivíduos e os demais seres vivos e não vivos do meio ambiente.

Sabe-se hoje que para se ter saúde é necessário que sejam evitados e recuperados os desequilíbrios ocasionados aos diferentes ecossistemas do planeta, pois a Terra funciona como um grande tecido, onde todos os elementos são fios imprescindíveis na manutenção do equilíbrio dinâmico que compõe a vida.

Desse modo, tanto os fatores biológicos (proliferação de vírus e microorganismos), como os ecológicos (alteração indevida de um ecossistema ou o desaparecimento de uma espécie) ou ainda os sociais (fragmentação comunitária, exclusão social, violência etc.) podem colocar em risco a saúde individual ou coletiva de uma população (CADEI, 2004, p. 46).

Epp (1996) reforça essa visão de saúde quando afirma que, “na atualidade, estamos trabalhando com um conceito de saúde como uma parte da vida diária, uma dimensão essencial da qualidade de nossas vidas” (p. 26).

Atenta às grandes questões que interligam saúde e ambiente e que permeiam o cotidiano da sociedade atual, a Organização Mundial de Saúde passa a chamar a atenção para a necessidade de acrescentar uma nova dimensão à saúde, “criando” o que se convencionou nomear de Saúde Ambiental.

A Saúde Ambiental faz parte da Saúde Pública e se dedica a avaliar, prevenir e controlar as formas de vida, as substâncias e os componentes do ambiente (físicos, químicos, sociais, culturais, psicossociais etc.) que podem exercer uma influência negativa sobre a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações, assim como reparar os possíveis danos ocorridos.

A partir desse novo enfoque, o conceito de saúde ganhou novos contornos e uma amplitude maior, passando a evidenciar os impactos que os fatores ambientais podem ocasionar sobre a saúde humana.

Por meio da busca da Saúde Ambiental, é possível repensar as mudanças tecnológicas, ambientais, políticas e sociais que vêm ocorrendo na sociedade. Essas mudanças são responsáveis por novos tipos de riscos e ameaças às populações que, preocupadas, buscam meios para prevenir e reduzir os processos que comprometem a sua segurança, a sua saúde e a sua vida.

A conquista da Saúde Ambiental depende, diretamente, do modo como indivíduos ou populações interagem com os elementos sociais, físicos, químicos e biológicos do ambiente. Não pode, portanto, ser planejada ou construída fora da atividade humana daqueles que vivem no ambiente em questão. Com isso, reforça-se que

A base para uma política de saúde ambiental assenta no reconhecimento que, em princípio, quase todos os aspectos do ambiente afetam potencialmente a saúde para o bem ou para o mal. [...] Uma gestão racional do ambiente é desta maneira essencial não só para assegurar as condições de saúde, mas a própria sobrevivência do homem. Torna-se necessário por isso assegurar que o ambiente criado pelo homem, o seu entorno, seja planejado com inteligência para maximar os potenciais benefícios para saúde e bem-estar (MENDES, 2000, p. 14).

A Saúde Ambiental, devido ao seu caráter amplo e integrador, transcende os rígidos limites das áreas de conhecimento e possibilita que se perceba o binômio saúde-doença de forma multifacetada, pois analisa o contexto de um mundo real e dinâmico, dependente não apenas da integridade biológica dos indivíduos, mas também dos processos políticos, sociais, econômicos, ambientais, educacionais, dentre outros, a que estão submetidos.

Diante disso, fica evidente que não apenas os componentes biológicos (deficiências funcionais, presença de seres patogênicos etc.), mas também, e principalmente, o modo como as diferentes sociedades organizam, priorizam, desenvolvem e regulam suas vidas e seus ambientes têm muito mais impacto sobre a saúde individual e coletiva do que os recursos que são investidos na prevenção e no tratamento de doenças.

Portanto, para auxiliar nesse processo, é imprescindível a contribuição da educação e saúde uma vez que, por meio da divulgação e da discussão de informações diversas e do incentivo à participação ativa e crítica em relação aos problemas detectados, ela poderá colaborar para a construção de um ambiente socioambiental muito mais democrático, equilibrado e justo.

CONCLUSÃO

A tecnologia presente na atual sociedade é capaz de gerar grandes efeitos e benefícios tecnológicos, mas também pode gerar incontáveis problemas que justificam a denominação Sociedade Mundial de Risco. A distribuição desigual de renda e a falta de informações fazem com que especialmente a parcela mais pobre da população não perceba os riscos a que está sendo submetida ou tenha de submeter-se a eles.

A Organização Mundial de Saúde, atenta a essas questões, ampliou o conceito de Saúde, incluindo a dimensão ambiental. Com isso, tornou-se mais evidente a influência das questões ambientais sobre a saúde individual e coletiva.

Pode-se concluir, então, que a incorporação das questões de Saúde Ambiental pela Educação em Saúde poderá contribuir para a resolução dos problemas enfrentados.

ATIVIDADE FINAL

Nesta atividade, você terá de escolher uma questão de Saúde Ambiental existente em sua região, como, por exemplo, derramamento de óleo em um curso d'água ou mar, contaminação por agrotóxicos e poluição atmosférica. Obtenha o máximo de informações possível, analise-as e preencha o quadro a seguir.

Situação observada	
Quem são os responsáveis?	
Quais os possíveis riscos?	
Os problemas ocasionados ficam restritos ao local onde foram gerados?	
Quem serão os atingidos?	
Que profissionais ou áreas de conhecimento podem auxiliar na solução dos problemas detectados?	
O que a população pode fazer para diminuir ou solucionar o problema?	
O que a Educação em Saúde pode fazer?	

RESPOSTA COMENTADA

Bem, descobrir o que você vai escolher é realmente impossível, mas vale a pena lembrar que, nesta e nas aulas anteriores, existem muitas informações que poderão orientá-lo a realizar esta atividade. Ao analisar a situação escolhida, lembre-se de que saúde possui muitas interfaces e que estas deverão ser contempladas na busca de uma solução, que deverá ser sempre coletiva.

Caso tenha alguma dificuldade com a atividade, entre em contato com a equipe de tutoria.

RESUMO

Os avanços científicos e tecnológicos alcançados nas últimas décadas, em todas as áreas do conhecimento humano, além de serem compartilhados por todos, acabaram gerando uma degradação e uma poluição ambiental que, numa escala crescente e exponencial, coloca em risco os ecossistemas naturais e os ambientes construídos.

A divisão de problemas, tragédias e perigos, no entanto, não é feita de forma equânime, uma vez que são as populações e os grupos sociais menos favorecidos os que mais sofrem as conseqüências desse progresso científico e tecnológico.

Nas últimas décadas, os riscos ambientais globais e os problemas daí resultantes ampliaram-se de forma tão avassaladora que deram origem ao que se passou a denominar “teoria da Sociedade Mundial de Risco”.

Atenta a todas essas questões, a OMS passa a defender a necessidade de se trabalhar com a Saúde Ambiental, que se ocupa das formas de vida, das substâncias e dos componentes do ambiente (físicos, químicos, sociais, culturais, psicossociais etc.) que podem exercer influência negativa sobre a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações, assim como reparar os possíveis danos ocorridos.

Para auxiliar nesse processo, é imprescindível a contribuição da educação e saúde, uma vez que, por meio da divulgação e discussão de informações diversas e do incentivo à participação ativa e crítica em relação aos problemas detectados, poderá colaborar para a construção de um ambiente socioambiental muito mais democrático, equilibrado e justo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, conversaremos sobre informação e divulgação em saúde, ou seja, como a mídia influencia o consumo de bens na área da saúde.

Educação, informação e divulgação em saúde

Meta da aula

Analisar a influência da mídia na divulgação de informações relativas à saúde.

objetivos

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Selecionar argumentos favoráveis e contrários à propaganda de medicamentos.
- Justificar de que forma uma argumentação pode ser indutora da automedicação.
- Relacionar texto de opinião ao contexto socioeconômico em que vivemos.
- Analisar a legislação acerca da propaganda de medicamentos na Internet.
- Criar um *folder* sobre os riscos do consumo indiscriminado de medicamentos para emagrecimento.
- Elaborar e discutir atividades de Educação e Saúde.

Pré-requisitos

Para que você encontre maior facilidade na compreensão desta aula, é importante que reveja os conceitos de promoção da saúde, prevenção de doenças e medicalização, já discutidos em aulas anteriores.

INTRODUÇÃO

A revista *O Globo* de 26 de junho de 2005 trazia na capa a seguinte manchete: “Geração Analgésico”. Um pequeno trecho da matéria, na página 19, intitulada “A vida com analgésico”, dizia assim: “A solução parece muito fácil. Está cansado? Tome um energético (...). Está deprimido? Tome um antidepressivo. Está sem sono? Tome uma pílula para dormir” (CEZIMBRA, 2005, p. 19). Como num passe de mágica, um pouquinho de pó de *pirlimpimpim* é capaz de resolver todos os problemas, sejam eles quais forem.

Isso é verdade? Por que tantas pessoas parecem pensar dessa forma? O que a mídia tem a ver com isso? Será que não está havendo uma divulgação desvirtuando a real concepção de medicamento, de saúde e até de vida?

Nesta aula, teremos a oportunidade de discutir diferentes questões, relacionando mídia, Educação e saúde.

A PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: INFORMAÇÃO OU ESTÍMULO AO CONSUMO INDISCRIMINADO E À AUTOMEDICAÇÃO?

O Instituto Virtual de Fármacos (IVFRJ) afirma que, na sociedade contemporânea, a importância dos fármacos e medicamentos está bem determinada. Os fármacos são considerados “instrumentos de manutenção, preservação e recuperação do estado de saúde de uma população” (INSTITUTO, 2005a).

O Brasil possui lugar de destaque entre os países que mais consomem medicamentos no mundo. De acordo com dados da Agência Brasil, em 2002, foi vendido 1,6 bilhão de caixas de medicamentos, o que corresponde ao 10º lugar no *ranking* mundial do mercado farmacêutico (INSTITUTO, 2005b). Esse número é preocupante, sobretudo se pensarmos que muitos desses medicamentos podem ter sido comprados e consumidos sob a influência da mídia, o que pode levar a um consumo indiscriminado e à automedicação.

A Associação Médica Brasileira (AMB) salienta que a década de 1980 marcou o início das principais propagandas de medicamentos no Brasil que, desde então, vêm crescendo em número e alcance, pois se encontram inseridas em diversos meios de comunicação (AMB, 2005b).



A finalidade principal do *marketing* de um produto é persuadir o consumidor a comprá-lo e, para tal, muitas vezes é necessário supervalorizar a necessidade desse produto. Especificamente no caso das publicidades de medicamentos, há a mobilização de diversos setores e atores. “Na propaganda de medicamentos, o discurso científico, o discurso leigo, a indústria farmacêutica, a população e o Estado estão diretamente inter-relacionados” (AMB, 2005b).

Uma questão importante a ser destacada refere-se ao fato de que, ao oferecer um produto como bem de consumo, cria-se uma demanda superior às suas reais necessidades. Se esse produto é um medicamento, sua real concepção pode ser desviada. Assim, o medicamento deixa de ser um dos “instrumentos de manutenção, preservação e recuperação do estado de saúde de uma população” (INSTITUTO, 2005c) e passa a sofrer a indução de seu consumo de forma indiscriminada, fazendo com que a automedicação seja incentivada e algumas patologias e/ou sintomatologias sejam agravadas. Isso ainda somado ao dano financeiro individual (aquisição de um produto sem real necessidade) ou do Estado (no caso de danos ou agravamento de patologias).

A definição do Instituto Virtual de Fármacos é chave nessa discussão. Os medicamentos devem ser entendidos como um dos instrumentos de promoção da saúde, e não como o único. A análise de uma patologia ou sintoma deve compreender a análise do contexto no qual a patologia está inserida, em suas dimensões sociais, econômicas e culturais. Além disso, consultas médicas e, principalmente, medidas preventivas devem ser consideradas e não podem ser substituídas pelo medicamento.

É importante, ainda, considerar o risco sanitário intrínseco dos medicamentos. Isto quer dizer que mesmo os remédios de venda sem prescrição médica não podem ser consumidos indiscriminadamente. A intoxicação medicamentosa (decorrente do consumo indiscriminado) ocupa o primeiro lugar no *ranking* de intoxicação nos centros de controle de toxicologia e farmacovigilância de todo o país, e os analgésicos, os antitérmicos e os antiinflamatórios são as classes que mais intoxicam (AMB, 2005b).

Sobre a concepção de medicamento como mercadoria de consumo, José Augusto Cabral de Barros acredita que,

enquanto persistir o predomínio do conceito e da prática acerca do medicamento como produto de consumo, ou mercadoria, em vez de ser considerado um instrumento a serviço da promoção da saúde, estão presentes as condições objetivas para a existência de produtos irracionais, de má qualidade e inadequadas às necessidades sanitárias (AMB, 2005b).

ATIVIDADE



1. Elabore uma atividade para uma turma de alunos do Ensino Médio, visando demonstrar a ação da mídia na indução do consumo de medicamentos. Você pode selecionar tipos diferentes de medicamentos (para diferentes problemas/patologias) e registrar no quadro o meio de comunicação usado para a divulgação do medicamento. O quadro a seguir apresenta uma sugestão:

Medicamentos/ meios de comunicação	Televisão	Jornal	Rádio	Internet
Impotência				
Emagrecimento/ controle de peso				
Xaropes				
Analgésicos				

COMENTÁRIO

Você pode elaborar diversas atividades, de acordo com as características da sua turma de alunos, localidade etc. Uma sugestão poderia ser: dividir a turma em grupos. Cada grupo fica responsável por um meio de comunicação como, por exemplo, jornal. Durante 15 dias, esse grupo ficará responsável por selecionar, nos principais jornais da cidade, as propagandas de cada um dos tipos de medicamentos relacionados. Uma variação dessa atividade é responsabilizar cada grupo por um tipo de medicamento, cujas propagandas devem ser procuradas nos diversos meios de comunicação. A análise do material selecionado pode compreender o tipo de propaganda, o que ela induz, se há algum ator ou celebridade vinculada e a própria quantidade de anúncios no período observado.

A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

Um pequeno histórico

O Decreto nº 20.377, de 1931, foi a primeira referência na legislação brasileira tratando da propaganda de medicamentos. Por meio desse decreto, era proibido o anúncio de especialidades farmacêuticas que atribuísem efeitos ou propriedades não aceitos. A Lei nº 5.991, de 1973, trata do comércio de medicamentos, drogas, insumos e correlatos. Uma outra lei, a de nº 6.360/76, conhecida como a bíblia da Vigilância Sanitária, estabelece os critérios de controle para os medicamentos. Esta lei proíbe a propaganda de medicamentos controlados em meios de comunicação de massa como TV, rádio e revistas (INSTITUTO, 2005b).

Somente 24 anos depois, em 2000, foi elaborado um regulamento específico, contendo os critérios para a publicidade de medicamentos: a RDC 102. A Associação Médica Brasileira (AMB) considera que, apenas a partir deste regulamento, o Estado passou a ter um instrumento forte e eficaz, tanto para a regulamentação quanto para a fiscalização das propagandas de medicamentos. A legislação estabelece critérios diversos para os anúncios de medicamentos de venda livre e para os controlados, proibindo frases e imagens indutoras do consumo de remédios como, por exemplo, a expressão “aprovado pelo Ministério da Saúde” (INSTITUTO, 2005b).

BIOÉTICA

A bioética, ou ética da vida, é um campo do saber ético e da moral, reajustado ao cenário contemporâneo, que busca a análise de valores e do agir humanos que decorrem dos fatos, eventos, problemas e desafios provenientes do desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da biologia, genética, meio ambiente, medicina, biotecnologia e setores afins. Emerge, segundo a maioria dos estudiosos, nos Estados Unidos na década de 1970, quando a expressão é utilizada por Potter e por Hellegers. A bioética é entendida como uma instância de reflexão permanente, tendo em vista grandes referenciais ou princípios que devem nortear a ação humana. Também a bioética é, como disciplina, promotora da instituição de sociedades, comissões e comitês (sociedades nacionais e internacionais, comissões assessoras e deliberativas, comitês hospitalares, de pesquisa nas áreas profissional e governamental) e como subsidiária e depositária dos anseios e necessidades dos movimentos sociais e segmentos representativos da sociedade civil. Nas décadas de 1980 e 1990, a bioética se amplia para o mundo, consolidando sua natureza multidisciplinar, transdisciplinar, laica e plural. (http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_ra.html)

Essa regulamentação se fez necessária devido à vulnerabilidade da população e ao crescimento de peças publicitárias que colocavam a saúde da população em risco. As críticas, presentes em alguns estudos (AMB, 2005b) ressaltam que a maioria das propagandas de medicamentos, antes da RDC102/00, “não podiam ser consideradas pautadas por princípios éticos e **BIOÉTICOS**, caracterizadas por desrespeito à autonomia da população ao omitir informações indispensáveis” (AMB, 2005b).



Para visualizar a legislação sobre propaganda e regulamentos relacionados, você pode consultar o *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (<http://www.anvisa.gov.br/propaganda/legis.htm#>). Você poderá observar outras leis, decretos e resoluções interessantes como, por exemplo, a Resolução - RDC nº 83, de 18 de março de 2002, que determina, como medida de interesse sanitário, em circunstância especial de risco à saúde, a proibição de veiculação de propaganda/publicidade/promoção, em todo o território nacional, de medicamentos que contenham o princípio ativo ÁCIDO ACETILSALICÍLICO e utilizem expressões que façam referência aos sintomas de outras patologias que se assemelhem aos sintomas da dengue.

A FISCALIZAÇÃO DA PROPAGANDA

O Projeto de Monitoração de Propaganda e Publicidade de Medicamentos foi decorrente da cooperação entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e instituições de ensino brasileiras. Durante doze meses, foram verificados os diferentes perfis da propaganda de medicamentos veiculada no nosso país e adotadas as medidas corretivas pertinentes, de acordo com a Legislação Sanitária.

Por meio da Portaria nº 123, de 9 de fevereiro de 2004, a Anvisa criou a Gerência de Fiscalização e Monitoração de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária (GPROP), responsável por coordenar as atividades do projeto e controlar a propaganda e/ou publicidade dos produtos sujeitos à vigilância sanitária.

Mais recentemente, configurando uma II Etapa, foi criado o Projeto de Monitoração de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, acrescentando a monitoração de algumas categorias de alimentos e de produtos para a saúde. Foi estabelecida uma parceria com faculdades de Farmácia, Comunicação Social, Direito, Medicina, Biologia ou Nutrição, Odontologia ou Enfermagem, representativas de todas as regiões do Brasil.

A AMB ressalta que os objetivos desse projeto não se restringem à redução da exposição da população à publicidade abusiva e enganosa de medicamentos, mas, sobretudo, detêm-se em questões de saúde coletiva tais como a automedicação, as intoxicações e o uso indevido de medicamentos. Como resultado, espera-se, primeiramente, minimizar os riscos para a saúde e subsidiar o aprimoramento da legislação existente. Futuramente, será necessário propiciar a elaboração de políticas de educação que façam com que os perigos da utilização inadequada de medicamentos possam ser alvos de discussão pela população.

Assim, a atuação da Anvisa não se restringe a uma população de consumidores, mas considera a população composta por cidadãos de fato, o que, segundo a AMB,

implica ações políticas que procuram observar a propaganda de medicamentos não como uma simples ação de promoção de uma mercadoria, mas como parte de interações socioculturais mais complexas, articulando o consumo como exercício refletido da cidadania (AMB, 2005b).

Uma ação importante tem sido a realização de eventos para debater os projetos criados. Em 1º de outubro de 2004, o Projeto Monitoração de Publicidade de Medicamentos foi alvo de debate no auditório Hélio Fraga do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCS/UFRJ). O evento contou com a presença da gerente de Controle e Fiscalização de Medicamentos e Produtos da Anvisa, dos coordenadores do projeto na UFRJ, além de docentes e alunos de diversas universidades e faculdades do Brasil. O tema principal discutido foi o combate à propaganda irregular, que pode originar riscos à população. Para o professor Eliezer Barreiro, coordenador do IVFRJ,

é necessário entender que o medicamento, além de corrigir e trazer o doente ao seu estado de saúde, promove a saúde. “É importante este resgate, no ensino farmacêutico, das questões da propaganda e da monitoria nas questões éticas para fazer da propaganda um importante instrumento na formação de um cidadão crítico” (INSTITUTO, 2005b).

OUTRAS AÇÕES PARA A MONITORAÇÃO DA PROPAGANDA

A frase “Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”, presente em propagandas de medicamentos em TV, rádio e veículos impressos, é uma obrigatoriedade prevista na Resolução RDC nº 102/ 00 e publicada pela Anvisa “depois de mais de um ano de discussões com a indústria farmacêutica, órgãos de defesa do consumidor, conselhos médicos, pessoas físicas, entre outros setores da sociedade” (INSTITUTO, 2005b).

Uma outra ação da Anvisa foi a publicação de uma resolução proibindo a divulgação de listas de preços (tablóides, *folders*, cartazes, encartes etc.) nos meios de comunicação e nas farmácias e/ou drogarias, de qualquer conteúdo que possa ser caracterizado como propaganda comercial de medicamentos vendidos sob prescrição médica. Com o objetivo de permitir que o consumidor possa escolher produtos mais baratos sem que seja induzido à automedicação, as listas “não podem conter designações, símbolos, figuras, desenhos, logomarcas, *slogans*, nomes dos fabricantes e outros argumentos de cunho publicitário desse tipo de produto” (INSTITUTO, 2005b).

O estabelecimento de parcerias para monitorar a propaganda também compreende uma importante ação. Um exemplo pode ser observado a seguir, com a publicação presente no *site* da Associação Médica Brasileira, divulgando sua parceria com a Anvisa e disponibilizando meios para o recebimento de denúncias de irregularidades:

Parceria AMB/Anvisa pela qualidade da propaganda de medicamentos

A Associação Médica Brasileira e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) firmaram uma nova parceria, no dia 14 de dezembro de 2004, quando o Conselho Científico da AMB se reuniu com a Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária (GPROP).

O principal desafio é propor mudanças na legislação, tendo em vista o atual perfil da prática publicitária de medicamentos e outros produtos sujeitos à vigilância sanitária, como os cosméticos. Para isso, o monitoramento da publicidade de medicamentos precisa ser intensificado. As denúncias e demais contribuições devem ser encaminhadas para o e-mail monitora.propaganda@anvisa.gov.br, com cópia para a AMB (diretoria@amb.org.br). Outras informações pelo telefone (61) 448-1222 (AMB, 2005a).



ATIVIDADE

2. O trecho a seguir foi retirado de um artigo publicado na *Revista Riopharma* (Jan/fev/mar 2005) pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro (NASCIMENTO, 2005). Trata-se da resposta do jornalista Álvaro Nascimento (tecnologista da Fiocruz e editor dessa revista) ao artigo do publicitário Roberto Duailibi (diretor da agência de publicidade DPZ) sobre a questão da publicidade de medicamentos no Brasil:

(...) O Sistema Nacional de Informação Toxicológica da Fiocruz (www.cict.fiocruz.br/intoxicacoeshumanas) mostra que há oito anos os medicamentos são a principal causa de intoxicação humana registrada no SUS. Em um ano, foram 20.534 casos (56 casos por dia). A cada 25 minutos há uma intoxicação por medicamento. E se alguma crítica pode ser feita a este sistema, é a de que ele peca justo pela subnotificação, o que indica que estes números são ainda mais alarmantes.

Ao defender a propaganda de medicamentos, o texto minimiza seu risco, afirmando que “o que se anuncia são aqueles medicamentos de baixo custo e uso disseminado”, pois “busca-se, com o anúncio, a preferência do comprador por uma ou outra marca, de produtos de fórmula conhecida e livre comercialização, como é o caso dos analgésicos, dos xaropes, dos fortificantes”.

Um publicitário, como um jornalista, não é obrigado a entender e acompanhar os avanços da farmacologia. Mas quando se defende a propaganda de produtos perigosos com a bandeira da “liberdade de expressão” é essencial levar em conta o que em todo o mundo se considera um risco sanitário. Medicamentos apelidados de “ANÓDINOS” ou “inócuos” intoxicam e matam. Pesquisas farmacológicas comprovam que um “simples” ácido acetilsalicílico – aquele que não deve ser tomado em casos de suspeita de dengue – pode causar anemias, hemorragia, angina, arritmias, falência congestiva, úlcera e hepatotoxicidade.

Já a “inócua” dipirona pode causar alterações hematológicas, doenças cardiovasculares, dor de cabeça, náusea, vômito, broncoespasmo e erupção cutânea. Aliás, a dipirona teve sua comercialização suspensa em vários países e em outros o seu uso é restrito às unidades hospitalares. O paracetamol, utilizado como analgésico e antitérmico, pode causar anemias, hemólise, hemorragia gástrica, falência renal, nefropatia e asma.

ANÓDINO

Analgésico; insignificante (FERREIRA, 1993, p. 33).

Isto é fato científico comprovado. Assim como é fato que várias drogas não podem ser tomadas por diabéticos, hipertensos, crianças, idosos e portadores de doenças crônicas. Estas faixas populacionais estão entre as que se intoxicam após terem tomado um medicamento “receitado” pela publicidade ou por algum apresentador de rádio ou TV.

O texto diz que a proibição agride a “liberdade de expressão”. Que liberdade? A de anunciar produtos sabidamente perigosos usando frases como “este medicamento caiu do céu” ou “mãe que sabe das coisas dá biotônico para seu filho?” Pois o mercado publicitário de medicamentos gasta parte importante dos R\$ 17 bilhões do faturamento anual da indústria farmacêutica no Brasil (cerca do dobro da lucratividade da Petrobras), tentando convencer a sociedade a consumir estes produtos como se eles não oferecessem risco. (...)

A outra observação diz respeito à afirmação de que “ao oferecer aos jornais e aos outros meios de comunicação de massa recursos de fontes plurais e independentes, a propaganda se torna indispensável ao processo político republicano”. Meu reparo é que a informação disseminada pela propaganda de medicamentos nada tem de independente, muito menos ela é plural. O que a caracteriza, como define o filósofo e jurista italiano Norberto Bobbio, é a simplificação, saturação, parcialidade e unilateralidade, elementos incompatíveis com um bem precioso como o medicamento, que exige justo o oposto para que se torne um veículo efetivo de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e não um agente agressor ao indivíduo.

a. Após a leitura do texto, transcreva, no quadro a seguir, as afirmações relativas à defesa da propaganda de medicamentos e as críticas publicadas nesse artigo.

Argumentos favoráveis à propaganda de medicamentos	Argumentos contrários à propaganda de medicamentos

b. Selecione os argumentos que, segundo o autor, podem estimular a automedicação. Justifique sua resposta.

c. Comente o trecho a seguir, tentando justificar sua inclusão por parte do autor, ou seja, o que ele quis dizer:

(...) o mercado publicitário de medicamentos gasta parte importante dos R\$ 17 bilhões do faturamento anual da indústria farmacêutica no Brasil (cerca do dobro da lucratividade da Petrobras) tentando convencer a sociedade a consumir estes produtos como se eles não oferecessem risco.

RESPOSTA COMENTADA

Para o item (a), uma sugestão dos itens selecionados encontra-se a seguir.

Argumentos favoráveis à propaganda de medicamentos	Argumentos contrários à propaganda de medicamentos
<i>Defender a propaganda de medicamentos.</i>	<i>Medicamentos são a principal causa de intoxicação humana registrada no SUS.</i>
<i>O que se anuncia são aqueles medicamentos de baixo custo e uso disseminado.</i>	<i>Medicamentos apelidados de “anódinos” ou “inócuos” intoxicam e matam.</i>
<i>A proibição agride a liberdade de expressão.</i>	<i>Liberdade? De anunciar produtos sabidamente perigosos usando frases como “este medicamento caiu do céu” ou “mãe que sabe das coisas dá biotônico para seu filho?”.</i>
<i>Ao oferecer aos jornais e aos outros meios de comunicação de massa recursos de fontes plurais e independentes, a propaganda se torna indispensável ao processo político republicano.</i>	<i>A informação disseminada pela propaganda de medicamentos nada tem de independente, muito menos ela é plural. (...) O que a caracteriza é a simplificação, saturação, parcialidade e unilateralidade, elementos incompatíveis com um bem precioso como o medicamento, que exige justo o oposto para que se torne um veículo efetivo de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e não um agente agressor ao indivíduo.</i>

Se você utilizou, para o item (b), frases como “este medicamento caiu do céu” ou “mãe que sabe das coisas dá biotônico para seu filho”, você acertou, pois elas estimulam a automedicação. A justificativa deve referir-se ao fato de induzir a utilização como se não houvesse nenhum efeito colateral ou como se o medicamento fosse absolutamente necessário para a aquisição e/ou manutenção da saúde por parte do indivíduo que o utiliza. No caso do biotônico, especificamente, não se coloca a necessidade de uma alimentação adequada, de sono, de atividade

física natural, fundamentais ao bom crescimento e desenvolvimento da criança saudável. É como se, tomando biotônico, a criança pudesse prescindir de tudo isso e de outros cuidados referentes à saúde (acompanhamento médico e odontológico de rotina, por exemplo). No item (c), o autor claramente demonstrou que o interesse principal da propaganda de medicamentos é econômico. Podem até existir outros, mas a lucratividade é muito alta.

A IMPORTÂNCIA DA CONTRAPROPAGANDA

De 4 a 7 de abril de 2005, em Brasília, ocorreu um Seminário Internacional promovido pela Anvisa e a Organização Panamericana de Saúde (Opas)/OMS, com a finalidade de discutir a necessidade de restrição à propaganda e de promoção do uso racional de medicamentos. Contando com a participação de representantes do Canadá, Chile, Espanha, Estados Unidos, Austrália, Argentina e Brasil, o seminário foi uma complementação do trabalho realizado desde 1999 pela Anvisa, com o objetivo de monitorar, fiscalizar e regulamentar a propaganda de medicamentos no Brasil.

Foram abordados diversos aspectos referentes à propaganda de medicamentos (dirigida tanto a quem prescreve quanto aos comerciantes e usuários), considerada por todos os presentes como uma das principais razões do uso indiscriminado desses produtos. Os problemas apresentados pelos países foram bastante semelhantes, embora existam particularidades nas diferentes legislações e nas formas de atuação. A unanimidade foi quanto à preocupação com a propaganda de medicamentos dirigida a prescritores, reconhecendo a necessidade de oportunizar informações de qualidade a esses profissionais, as quais se contraponham àquelas geradas pela indústria farmacêutica (OPAS, 2005).

Mareni Rocha Farias, da Universidade Federal de Santa Catarina, expôs um estudo comparando as legislações sobre propaganda de medicamentos entre vários países. Segundo a professora, a influência exercida pela propaganda sobre consumidores e profissionais de saúde é preocupante, existindo “uma relação direta entre a falta de informação sobre os perigos dos medicamentos e os altos índices de intoxicação provocados por esses produtos” (OPAS, 2005).

Para Maria José Delgado, gerente de Fiscalização e Monitoramento de Propaganda da Anvisa, o intercâmbio de idéias e experiências é fundamental. Para ela:

Todos os países seguem as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e têm as mesmas preocupações e os mesmos problemas. O que muda, de acordo com a realidade socioeconômica de cada país, é a forma de implantar estas diretrizes (OPAS, 2005).

No mesmo evento, uma mesa-redonda discutiu os aspectos simbólicos dos medicamentos e seus papéis na sociedade de consumo. Foi ressaltado o processo de medicalização da vida, em que os medicamentos passam a assumir uma importância exagerada. Para o assessor especial do Ministro da Saúde, Norberto Rech, como as pessoas não têm acesso a serviços de saúde de qualidade, consomem medicamentos na esperança de adquirir saúde. Os profissionais de saúde, influenciados pela propaganda da indústria, prescrevem medicamentos e também outras tecnologias médicas de forma indiscriminada. Rech alerta que a inviabilização financeira do SUS pode ser ocasionada em consequência disso, já que o custo operacional do sistema aumenta consideravelmente com esses gastos.

Peter Mansfield, da organização não-governamental australiana Healthy Skepticism, acredita que oferecer informações de qualidade – aos profissionais que prescrevem medicamentos e aos usuários – é a única forma de neutralizar os efeitos nocivos da propaganda, sobretudo para que os profissionais percebam a possibilidade de estarem sendo influenciados por anúncios e, conseqüentemente, desenvolverem atitudes mais críticas em relação a eles.

Quanto à propaganda de medicamentos na internet, houve unanimidade quanto à dificuldade do controle da propaganda e da venda de produtos farmacêuticos por meio da rede mundial de computadores:

Um dos problemas apontados é que muitas vezes a venda é feita por *sites* sediados em provedores de outros países e isso acarreta problemas de jurisdição. Uma das idéias apresentadas foi a criação de um selo, semelhante ao utilizado na campanha contra a pedofilia, alertando para os problemas de se consumir medicamentos de origem duvidosa (OPAS, 2005).

Basicamente, esse Seminário discutiu as questões éticas relacionadas à propaganda e os desafios agregados à promoção do uso racional de medicamentos, especialmente devido ao forte apelo de consumo veiculado pela mídia. Uma grande questão levantada foi: “É possível conciliar os

fundamentos da propaganda com as necessidades e os interesses públicos, no que se refere aos medicamentos”? (OPAS, 2005). Carlos Vidotti, do Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos (Cebrim), ressalta a importância dos Centros de Informação, já que

pelo lado da indústria farmacêutica existe uma pressão muito forte pelo lucro que contraria os interesses da saúde pública. Os profissionais de saúde e a população recebem informação sobre medicamentos, principalmente da indústria farmacêutica. É preciso criar fontes de informação independentes e isentas (OPAS, 2005).



A publicação *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*, da Opas/OMS, é bom exemplo de contrapropaganda.

A imprensa também possui papel importante no esclarecimento e na divulgação de informações sobre medicamentos e propaganda nos veículos de comunicação de massa. A seguir, trechos de dois artigos foram selecionados. Certamente, você vai se recordar dos assuntos, pois foram amplamente divulgados.

Estadão On-line

<http://www.estadao.com.br/agestado/noticias/2003/jul/20/123.htm>

Publicidade de remédios está 90% fora da lei

Karine Rodrigues

Rio – Monitoramento patrocinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mostra que 90% das 930 peças publicitárias de medicamentos analisadas entre outubro de 2002 e maio deste ano ferem a legislação que regulamenta o setor.

Entre as infrações mais frequentes estão a omissão da contra-indicação principal, o uso de mensagens dirigidas a crianças e adolescentes, a ausência do número de registro do produto e a inclusão de termos como “aprovado”, “recomendado por especialistas”, “seguro” e “produto natural”.

“Num país da dimensão do Brasil, é impossível monitorar tudo o que é veiculado” (Gilberto Leifert, disponível em <<http://www.estadao.com.br/agestado/noticias/2003/jul/20/123.htm>>).

Época

<http://epoca.globo.com/edic/20000221/neg4.htm>

REMÉDIOS

Lucros garantidos

CPI constata omissão de informação sobre efeitos colaterais em propaganda de medicamentos

Gustavo Krieger, de Brasília

A Federação Nacional dos Farmacêuticos entregou à CPI dos Medicamentos uma pesquisa preocupante sobre a propaganda feita pelos laboratórios nas revistas especializadas, aquelas distribuídas a consultórios médicos e farmácias. O levantamento mostra que 95% desses anúncios omitem informações sobre os efeitos colaterais dos remédios. E também que 76% deles não avisam sobre a obrigatoriedade de receita médica para a compra do produto. “A indústria não tem nenhum compromisso com o interesse público, quer apenas aumentar as vendas”, diz Norberto Rech, vice-presidente da federação. A revista da Associação Brasileira de Comércio Farmacêutico (ABC Farma) é uma espécie de mostruário industrial para 55 mil farmácias existentes no país. Ali divulgam-se os preços de todos os remédios disponíveis. A edição de dezembro do ano passado, por exemplo, publicou 65 anúncios de medicamentos. De pomadas contra verrugas a produtos cardiológicos. Nenhum deles alertava sobre efeitos colaterais ou restrição de uso. No mesmo dia, a CPI ouviu pela segunda vez o presidente da Associação Brasileira das Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), Aparecido Bueno Camargo. Ele ganhou notoriedade ao confessar que as farmácias vendem remédios B.O. (“Bom para Otário”). São produtos mais caros ou sem valor terapêutico. As farmácias recebem descontos e gratificação dos laboratórios para vendê-los. É a chamada “empurroterapia”. Entre 1995 e 1998, o faturamento da indústria farmacêutica no Brasil cresceu de US\$ 8,27 bilhões para US\$10,31 bilhões anuais. O número de unidades de medicamento produzidas manteve-se estável. Com isso, a lucratividade do setor cresceu mais que a média de toda a indústria brasileira. No ano passado, quando foi aprovada a lei dos genéricos e o debate sobre o preço ganhou força, a indústria registrou queda de faturamento. Declarou uma venda total de US\$ 7,61 bilhões. A CPI desconfia que os 70 laboratórios que controlam mais de dois terços das vendas passaram anos ampliando os lucros sem pagar tributos na mesma proporção.



ATIVIDADE

3. A maioria das pessoas já se deparou com propagandas de medicamentos para emagrecer em que a chamada afirma: “Produto 100% natural.” A Anvisa disponibiliza, em pdf, material sobre a fiscalização de medicamentos que contém esclarecimentos sobre propaganda de determinados produtos e esclarece termos considerados subjetivos na RDC 102/2000. No Artigo 4º, inciso X, lê-se:

Artigo 4º, inciso X: Sugerir ausência de efeitos colaterais ou adversos ou utilizar expressões tais como “inócuo”, “seguro” ou “produto natural”:

Produto Natural – mesmo sendo realmente um produto 100% natural, tais alegações favorecem a crença de que “se é natural não faz mal”, quando, na realidade, sabe-se que qualquer medicamento pode ocasionar riscos à saúde, independente de ser de origem natural ou sintética (ANVISA, 2005).

A manchete *Uma das prioridades da Anvisa para 2004 é acabar com a propaganda e o comércio de produtos sem registro vendidos como emagrecedores* encontra-se no endereço eletrônico a seguir: http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19092.

Selecionamos alguns trechos:

Quem não quer ter um corpo perfeito como os estampados em capas de revista? O problema é que muitas pessoas ultrapassam os limites na busca desse sonho e compram a idéia de que obter uma aparência de top model é mais importante do que a manutenção da própria saúde.

Um dos principais problemas do uso indiscriminado de medicamentos é o risco de intoxicação. (...) as mulheres são as principais vítimas de intoxicação por remédios. Segundo levantamento, elas utilizam mais medicamentos que os homens, como, por exemplo, os moderadores de apetite.

“Em 2003, a partir da participação de algumas universidades das cinco regiões do País na monitoração das propagandas de medicamentos, foram apreendidos 78 produtos comercializados sem registro e suspensas nove peças publicitárias, que divulgavam produtos, também sem registro, para perda de peso”, destaca a gerente de Controle e Fiscalização de Medicamentos e Produtos da Anvisa, Maria José Delgado Fagundes.

(...) Embora o registro na Agência seja um fator a ser observado, engana-se quem pensa que ele representa passe livre para o consumo de medicamentos sem orientação de um profissional de saúde. No caso dos moderadores de apetite, por exemplo, o acompanhamento médico é fundamental. Esse tipo de medicamento é visto como um dos últimos recursos a serem utilizados, exclusivamente em casos de obesidade mórbida. Por serem compostos por complexos anfetamínicos, ansiolíticos, laxantes, diuréticos, entre outros, podem gerar dependência física e psíquica (BRASIL. MS, 2005a).

Após a leitura do material apresentado, elabore um material educativo de divulgação (*folder*), alertando sobre os riscos da utilização de moderadores de apetite ou remédios emagrecedores.

COMENTÁRIO

Você pode soltar sua imaginação nesta atividade. O importante é esclarecer acerca da necessidade de prescrição médica para qualquer tipo de medicamento, dos riscos associados a todo e qualquer medicamento, mesmo os naturais, e a adoção de um estilo de vida saudável (prática de atividades físicas e uma dieta equilibrada, por exemplo) é a melhor maneira de ficar em forma.

CONCLUSÃO

A publicidade de medicamentos vem crescendo amplamente e acompanha o aumento da produção da indústria farmacêutica. Entretanto, essa propaganda deve ser cada vez mais fiscalizada, havendo, inclusive, quem defenda a sua proibição.

Diversos países, dentre eles o Brasil, têm discutido a respeito da propaganda de medicamentos, por considerá-la abusiva e mesmo antiética. Mas, além da legislação pertinente e de órgãos responsáveis pela fiscalização, é extremamente importante o estabelecimento de parcerias envolvendo diversos setores da sociedade (universidades, agências governamentais, associações etc.). Além disso, a própria mídia tem papel importante na elaboração de contrapropaganda e na divulgação de informações (por exemplo, proibição de medicamentos pelo Ministério da Saúde), bem como de abusos cometidos pelas propagandas de medicamentos.

Como um último comentário, devemos destacar o papel da escola na discussão das questões relativas à saúde.

ATIVIDADE FINAL

Dois amigos conversam na sala de informática da escola:



Ajude Marcelo e Arnaldo a responder à seguinte questão: Esse tipo de propaganda é permitido?

Para tal, acesse o site www.soleis.adv.br, procure por legislação da propaganda de medicamentos e terapias, e analise a legislação de modo a responder à dúvida dos dois amigos.

Insira sua resposta a seguir. Se quiser, copie o que diz a Lei.

RESPOSTA COMENTADA

Acessando o site sugerido, você deve ter encontrado o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, o qual regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.

O Capítulo IV da Propaganda de Medicamentos e Terapias prevê, no Artigo 10, que:

A propaganda de medicamentos e terapias de qualquer tipo ou espécie poderá ser feita em publicações especializadas dirigidas direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde.

No Artigo 12, que se refere aos medicamentos anódinos e de venda livre, está previsto:

§ 3º O disposto neste artigo aplica-se a todos os meios de divulgação, comunicação, ou publicidade, tais como, cartazes, anúncios luminosos ou não, placas, referências em programações radiofônicas, filmes de televisão ou cinema e outras modalidades.

O Artigo 15 ainda determina a obrigatoriedade de advertência: Toda a propaganda de medicamentos conterá, obrigatoriamente, advertência indicando que, a persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado."

Outros sites ainda podem complementar sua resposta. Por exemplo, ao acessar http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15164, você poderá ler que a Anvisa proibiu a propaganda, por parte de algumas empresas, de medicamentos de combate à disfunção erétil. A justificativa da medida foi evitar os efeitos que esse tipo de publicidade pode causar na população, tais como o estímulo ao consumo desses medicamentos que exigem prescrição médica e a banalização do uso de medicamentos para combater a dificuldade de ereção. Assim, como os medicamentos para a disfunção erétil exigem prescrição médica, só poderiam ter propagandas dirigidas a profissionais e instituições da área da saúde, e não à população comum.

SUGESTÕES

1. A leitura do livro *Propaganda de medicamentos. Atentado à saúde?*, de Jorge Antonio Zepeda Bermudez (São Paulo: Hucitec), pode ser uma boa fonte complementar à aula.

2. Para visualizar as leis referidas nesta aula, você pode acessar o site www.soleis.adv.br.

RESUMO

É importante discutir a legislação referente à publicidade de medicamentos, às formas de controle e a necessidade do estabelecimento de parcerias e da participação de toda a sociedade, para minimizar os abusos da mídia no estímulo ao consumo de medicamentos. A análise de exemplos em que a propaganda não está sendo realizada como o previsto na legislação vigente e a elaboração de materiais visam ao esclarecimento da população e à oportunização de discussões no ambiente escolar.

INFORMAÇÃO SOBRE A PRÓXIMA AULA

Em nossa próxima aula, trabalharemos com um tema muito polêmico: o uso de drogas lícitas e ilícitas. Não perca!

Drogas, um assunto polêmico

AULA 7

Metas da aula

Conceituar drogas lícitas e ilícitas, as consequências do uso e os posicionamentos sobre descriminalização, propondo e discutindo atividades de Educação e Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica (ensino formal) e a comunidade em geral (ensino não-formal).

Esperamos que, após o estudo desta aula, você seja capaz de:

- Utilizar corretamente os conceitos de drogas lícitas e ilícitas.
- Identificar as consequências e os posicionamentos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas e a sua descriminalização.
- Elaborar e desenvolver atividades de Educação e Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica (ensino formal) e a comunidade em geral (ensino não-formal).

Pré-requisito

Para uma compreensão melhor desta aula, é importante que você tenha entendido o que significa ter saúde e as interfaces e interdependências que ela possui com todas as demais dimensões da vida humana: sociais, políticas, culturais, econômicas, educacionais, biológicas etc. Portanto, se ainda persiste alguma dúvida, releia as aulas anteriores antes de iniciar esta aula.

INTRODUÇÃO

DROGADIÇÃO

Como uma possível definição moderna, o termo drogadição pode ser entendido como uma “intensa obsessão mental aliada à predisposição física direcionadas à utilização de uma (ou mais) substância”. Em consequência, o termo drogadicto – relacionado à drogadição – refere-se ao usuário que já se encontra em algum estágio da dependência química em relação à determinada substância (GALVÊAS, 2005).

Na sociedade atual, falar em uso de drogas, ou melhor, de dependência química, significa tocar num ponto extremamente contemporâneo, polêmico, preocupante e que atinge indistintamente grupos e indivíduos de áreas rurais e urbanas, de grandes e pequenas cidades, de diferentes camadas sociais, idades, sexos e níveis de escolaridade.

Os problemas decorrentes da venda, do consumo, da dependência, do tratamento e do combate às drogas ilícitas e da tentativa de diminuição de consumo das drogas lícitas influenciam diferentes aspectos da vida cotidiana: sociais, econômicos, de segurança, educacionais etc.

Sendo assim, a Educação e Saúde não poderia deixar de tratar esse importante tema, discutindo não apenas as informações mais técnicas e científicas, mas também as questões políticas e socioambientais que envolvem a **DROGADIÇÃO**.

DROGAS: O QUE SÃO?

De modo geral, chamamos de droga qualquer substância química de origem animal, vegetal ou mineral que possa ser utilizada em seres humanos, animais ou vegetais com finalidades terapêuticas ou qualquer outro tipo de destinação.

Nesta aula, iremos enfocar as substâncias ou drogas psicoativas que podem ser utilizadas com as seguintes finalidades:

- ocasionar alterações no estado emocional, como diminuir o medo, promover o relaxamento etc.;
- proporcionar mudanças nas sensações, como diminuir ou bloquear a dor, alterar a visão e aumentar a sensação de prazer;
- alterar o grau de consciência e, logicamente, a percepção da realidade.

De acordo com Mansur e Carlini (2004, p. 37), as drogas podem modificar o funcionamento cerebral de três modos:

...*estimulando* o cérebro, fazendo-o funcionar mais rapidamente. Essas drogas recebem o nome de *estimulantes* do sistema nervoso central (SNC); *deprimindo* a atividade cerebral, fazendo o SNC funcionar de maneira mais lenta. Nesse caso, temos as drogas depressoras do SNC; *perturbando* o funcionamento cerebral. Nesse caso, a droga não altera o ritmo (mais rápido ou mais lento), mas sim o funcionamento dos neurônios, causando uma verdadeira “confusão”. (...) é por isso que as drogas perturbadoras também são chamadas de alucinógenas, isto é, geradoras de alucinações.

Se fizermos uma incursão na história, verificaremos que desde os tempos mais remotos a humanidade utilizou drogas nas mais diferentes situações, como vemos a seguir:

Datando de épocas remotas, essas práticas continuam até hoje, em quase todas as culturas, especialmente no que se refere às bebidas alcoólicas, tanto quanto o tabaco, o “kat”, a maconha etc., que desempenham importante papel reforçador da coesão social. Além disso, o ser humano tem também encontrado várias outras utilidades para muitas drogas, geralmente de origem vegetal. O café ou a folha de coca, por exemplo, têm sido muito benéficos para incrementar a eficácia do homem em suas atividades produtivas. De especial importância tem sido seu uso medicinal, quando as **SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS** são empregadas no amortecimento da dor ou pelos profissionais que realizam “curas espirituais”, praticadas sob estados alterados de consciência. Muitas vezes, estas mesmas substâncias são empregadas em tratamentos diversos, tal como o foi o ópio, durante milênios, considerado uma dádiva dos deuses por suas múltiplas aplicações terapêuticas.

Mais recentemente, a ruptura com os controles culturais e a inserção de muitas substâncias psicoativas – em particular as ilícitas – na ordem econômica aumentaram extraordinariamente a oferta destes produtos, com reflexos não menos importantes sobre os consumidores e os modos de consumo (BRASIL. MS, 2005b).

O modo como as diferentes sociedades lidam com o uso e o consumo de drogas também varia ao longo do tempo e em função das suas culturas. Desse modo, uma substância pode ser plenamente aceita e utilizada por um grupo em determinadas ocasiões e cerimônias, e não consumida por esse mesmo grupo em outros momentos. Assim:

O vinho de Jurema, preparado à base de planta brasileira *Mimosa hostilis*, chamado popularmente de Jurema, é usado pelos remanescentes índios e caboclos do Brasil. Os efeitos do vinho são muito bem descritos por José de Alencar no romance *Iracema*. Além de conhecido pelo interior do Brasil, só é utilizado nas cidades em rituais de candomblé por ocasião de passagem de ano, por exemplo. A Jurema sintetiza uma potente substância alucinógena, a *dimetiltriptamina* ou *DMT*, responsável pelos efeitos (CEBRID, 2005).

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS OU PSICOTRÓPICAS

São substâncias que possuem a propriedade de alterar qualitativa ou quantitativamente o funcionamento do Sistema Nervoso Central; capazes, portanto, de influenciar nas emoções, nas sensações e no comportamento dos indivíduos.

Um outro exemplo são os chás de duas plantas conhecidas como caapi e chacrona. Elas são:

Duas plantas alucinógenas que são utilizadas conjuntamente sob forma de uma bebida que é ingerida no ritual Santo Daime ou Culto da União Vegetal e várias outras seitas. Este ritual está bastante difundido no Brasil (existe nos Estados do Norte, São Paulo, Rio de Janeiro etc.) tendo o seu uso na nossa sociedade vindo dos índios da América do Sul. No Peru a bebida preparada com as duas plantas é chamada pelos índios quéchas de *Ayahwasca* que quer dizer “*vinho da vida*”. As alucinações produzidas pela bebida são chamadas de *mirações* e os guias desta religião procuram “conduzi-las” para dimensões espirituais da vida.

Uma das substâncias sintetizadas pelas plantas é a DMT já comentada em relação à Jurema (CEBRID, 2005).

Atualmente, é possível verificar que as conseqüências do surgimento, da comercialização (legal ou não) e do consumo de novas substâncias psicoativas se refletem tanto na ordem econômica local, nacional e mundial como também na vida dos indivíduos, gerando uma multiplicidade de reações e sentimentos: dúvidas, rejeições, medos, aceitação etc. Isto porque:

Nenhuma sociedade, seja ela “tradicional” ou “moderna”, forma um todo completamente homogêneo e desprovido de conflitos. Portanto, em suas várias manifestações e atividades, é inevitável que certos aspectos sejam percebidos por uns como perturbadores e destrutivos e por outros, como inovadores ou revitalizadores (BRASIL. MS, 2005a).

DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: NOSSA! NÃO É TUDO DROGA?

Dependendo do ponto de vista, ou seja, da forma como se analisa essa classificação, podemos até chegar à conclusão de que em determinadas situações essa classificação não faz o menor sentido.

Vamos, então, falar um pouco sobre isso.

a. Drogas lícitas → são aquelas que, na maioria das vezes, podem ser comercializadas, compradas, portadas e consumidas livremente. Muitas dessas drogas, apesar da legalidade, só podem ser adquiridas e usadas com a autorização médica, como é o caso de alguns medicamentos **ANSIOLÍTICOS**.

ANSIOLÍTICOS

Também chamados de tranqüilizantes, são medicamentos que possuem substâncias capazes de atuar sobre a tensão nervosa e a ansiedade.

O fato de serem consideradas legais não expõe o comprador e o usuário a problemas com as autoridades policiais e com a lei. Como exemplos de drogas lícitas temos o tabaco, o álcool e os tranqüilizantes.

b. Drogas ilícitas → são aquelas que não podem ser comercializadas, compradas, portadas ou consumidas legalmente. Por serem consideradas ilegais, os indivíduos que infringem a lei e são apanhados em flagrante estão sujeitos a responder legalmente por isso. São consideradas ilegais drogas como a maconha, a heroína e o ópio.

Neste momento, você deve estar se perguntando que critério é usado para determinar se uma droga é legal ou ilegal? Tem a ver com o grau de malefício à saúde?

Curiosamente, ou talvez fosse melhor dizer, lamentavelmente, NÃO!
Assim:

O critério de legalidade ou ilegalidade da droga não tem a ver somente com os prejuízos que trazem à saúde, tanto é que o cigarro e o álcool são drogas que causam sérios danos diretos à saúde dos usuários e indiretos a seus familiares e nem por isso são ilícitas. Outros fatores como: preocupações econômicas, características culturais, interesses de grupos, organização social estão também envolvidos nessa classificação (BRASIL. MS. Coordenação Nacional de DST e Aids).

Se a preocupação fosse apenas a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações, substâncias como o álcool e o tabaco – que comprovadamente ocasionam vários problemas econômicos (falta ao emprego, acidentes de trabalho, aumento da demanda por assistência médica), de saúde (câncer, cirrose, úlceras etc.) e grandes tragédias familiares e sociais (dissolução de casamentos, desagregação familiar, assassinatos, acidentes de trânsito etc.) – não seriam consideradas lícitas.

Ah, não podemos nos esquecer também de determinados medicamentos que, fabricados por grandes laboratórios farmacêuticos nacionais e internacionais, têm o seu uso incentivado e respaldado.

Bem, para que você não fique “tonto” com tantas informações, que tal descansar um pouco e ir tomar um “drinque ecológico”, um bom copo de água, antes da Atividade 1?



ATIVIDADE

1. Leia com atenção o texto a seguir e responda à questão proposta.

(...) cansaço, sonolência e relaxamento muscular em geral (...) confusão mental, amnésia anterógrada, constipação, depressão, diplopia, disartria, cefaléia, hipotensão, incontinência urinária, aumento ou diminuição da libido, náusea (...) fala enrolada, tremor, retenção urinária, tonteira e distúrbios de acomodação visual (...) excitação aguda, ansiedade, distúrbios do sono e alucinações.

a. Você acabou de ler alguns dos possíveis efeitos de uma determinada droga no organismo humano. A partir desses efeitos você imagina que estamos nos referindo a uma droga lícita ou ilícita? Por quê?

RESPOSTA COMENTADA

Se você respondeu tratar-se de uma droga ilícita, enganou-se. Um engano facilmente justificável. Afinal, os possíveis efeitos colaterais são tão horrorosos que fica difícil acreditar que o texto se refere a um medicamento. Sem contar que sequer sabemos o que significam muitos dos termos utilizados. Mas, só pelo fato de eles representarem sintomas ruins, já nos induz a pensar que não devem ser “coisa boa”.

Só para efeito de informação, o texto anterior foi retirado de uma bula de um medicamento muito utilizado, cujo nome genérico é diazepam e que age como ansiolítico e miorrelaxante (relaxante muscular). A própria bula adverte que, em alguns casos, o produto só pode “ser administrado se os benefícios potenciais superarem os possíveis riscos”.

Ah, caso tenha um tempinho, procure num dicionário o significado das palavras que aparecem na atividade e que você desconhece.

b. Pensando no que acabamos de discutir e no tema desta aula, você acha que o motivo pelo qual uma droga é considerada lícita ou ilícita leva em consideração apenas os benefícios ocasionados pelo seu uso? Justifique.

RESPOSTA COMENTADA

Esperamos que a sua resposta tenha sido não, pois, conforme já descrevemos anteriormente, muitas drogas denominadas lícitas ocasionam grandes transtornos à saúde individual e social, podendo colocar em risco a integridade física, mental e social dos indivíduos.

SE TUDO É DROGA, POR QUE NÃO LEGALIZAR?

As discussões sobre a repressão ou a legalização das drogas ilícitas têm sido realizadas em diferentes grupos sociais, por profissionais da área da saúde, grupos religiosos, educadores, políticos e autoridades responsáveis pela segurança pública. Esperar que haja uma unidade de opinião, quando as formações, as experiências e os interesses são tão diversos, é inútil. Isto porque até mesmo nos países em que se chegou a um consenso sobre a legalização das drogas, não existe uma opinião única entre a população. A esse respeito, veja o que diz a citação a seguir:

Nos últimos meses temos assistido um intenso debate sobre a legalização de drogas no Brasil. A própria intensidade na qual este debate tem sido travado mostra que o assunto drogas produz um efeito no qual as pessoas sentem-se levadas a ter muitas certezas e a ficar de um lado ou de outro da legalização. Mostra também que o debate é profundamente ideológico e que após ouvirmos o lado favorável à legalização e o lado da proibição pura e simples, não ficamos nenhum pouco mais esclarecidos a respeito da melhor política a ser seguida. Quando somente um dos aspectos de uma política de drogas, ou seja, o *status* legal de uma droga torna-se o assunto principal do debate é como se o rabo estivesse abanando o cachorro e não o contrário (LARANJEIRA, 2005).

Usa quem quer!



As pessoas sabem o que é bom e mau!



Mas, e as crianças, como ficam?



Se legalizarem algumas, vão acabar legalizando todas. Vai ser um horror!



Com a legalização, até o governo vai lucrar!



Por que só prendem os traficantes do morro?



Sendo liberadas, poderia haver um maior controle.



Por que não prendem os filhos dos ricos que usam as drogas também?



A repressão só serve para fazer com que pessoas inescrupulosas explorem os usuários ou "vendedores".



Alguns medicamentos psicoativos causam mais dependência do que certas drogas, mas vê se alguém proíbe a venda....



As frases anteriores já devem ter sido ouvidas muitas vezes, e servem para ilustrar como é difícil posicionar-se em relação à questão repressão X legalização do uso de drogas. Logo,

Uma análise despojada de preconceitos mostra que não é fácil uma tomada de posição frente à argumentação favorável ou contra a descriminalização/legalização das drogas. Nenhum dos argumentos é desprovido de lógica. Todos, a seu modo, têm sentido (MANSUR; CARILINI, 2004, p. 14).

O fato é que ainda falta muito para a discussão sobre descriminalização das drogas ter um final feliz (se é que isso vai ocorrer algum dia). Nossa contribuição, como cidadãos e educadores, é fazer você participar ativamente dessas discussões e fornecer o máximo possível de informações corretas, para que os alunos e as comunidades com as quais trabalhamos possam construir os seus caminhos.

Antes que você comece a ter alucinações de tanto ver “letrinhas”, vamos dar mais uma parada e fazer mais uma atividade.



ATIVIDADE

2. Que tal fazer um pequeno levantamento sobre a legalização do uso de drogas junto a seus colegas de trabalho, alunos (caso você já leccione), vizinhos, grupo religioso etc.?

Achou complicado? Achou que as pessoas não vão querer responder ou vão ficar constrangidas em realmente responder o que pensam?

Calma, pois vamos propor esta atividade de forma a não constranger ninguém.

A idéia é a seguinte:

- pegue uma caixa vazia e com tampa (pode ser uma caixa de sapatos);
- faça um pequeno furo na tampa, para que o participante da pesquisa possa colocar, pela abertura, o papel com as suas respostas;
- prenda bem a tampa à caixa com fita adesiva;
- entregue aos entrevistados a folha com as perguntas, avisando-os que não será necessária a identificação;
- peça aos participantes que coloquem as folhas com as respostas na caixa (através do orifício). Se for necessário, passe a caixa de mão em mão ou combine um local onde ela ficará (como uma espécie de urna) à espera das respostas.

Sugestões de perguntas:

- Você acha que drogas como o álcool e o tabaco deveriam:

() continuar sendo vendidas () ser proibidas
() outra opção. Qual? _____

- Drogas consideradas “menos prejudiciais” deveriam:

() continuar sendo proibidas () ser vendidas legalmente
() outra opção. Qual? _____

- Tem alguma droga que você acha que poderia ser vendida livremente?

() Não () Sim. Qual? _____

- Em relação à legalização total das drogas, você é:

() contra a legalização () favorável à legalização
() sem posicionamento formal

Sobre a legalização, você teria alguma sugestão? _____

RESPOSTA COMENTADA

Sem sabermos as características do grupo que irá participar da sua pesquisa, fica quase impossível prever o resultado. Porém, o mais importante não é o resultado em si, mas sim a possibilidade de iniciarmos uma discussão a partir desses resultados.

Se possível, divulgue o resultado para o grupo participante e organize discussões sobre o tema. Lembre-se de não determinar ou rotular comportamentos. Procure, entretanto, discutir os pontos favoráveis e desfavoráveis e fornecer informações necessárias para o embasamento teórico das discussões e possíveis ações.

JOVENS: ALVOS QUE ESTÃO SEMPRE NA MIRA

Giovanni Quaglia, representante do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime, alerta que o envelhecimento da população nos principais mercados para as drogas (Estados Unidos e Europa) poderia levar traficantes a buscarem mercados alternativos. O Brasil compreenderia mercado potencial, já que possui mais de 50 milhões de jovens (AZEVEDO, 2005).

De acordo com o médico Içami Tiba (2001), são vários os fatores que fazem com que os jovens, apesar das informações recebidas de pais e professores, tornem-se usuários de drogas: provar sua segurança; curiosidade; incapacidade de enfrentar problemas; onipotência juvenil; excesso de confiança em si mesmo; para ser aceito pelo grupo; solidão etc.

Isto, certamente, aumenta a vulnerabilidade dos jovens ao assédio de indivíduos que vendem drogas lícitas e ilícitas e a responsabilidade da família, da escola e do governo em relação às orientações fornecidas a esses jovens.

O Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid) do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) realizou, no ano de 1997, o IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras. A tabela a seguir (Uso na vida) resume a situação encontrada:

Tabela 7.1: Uso na Vida. Apresentada por Categoria de Drogas, entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras, no ano de 1997

Drogas	S. Paulo (N = 114)		P. Alegre (N = 97)		Fortaleza (N = 83)		R. Janeiro (N = 89)		Recife (N = 51)		Brasília (N = 96)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solventes	68	59,6	62	63,9	28	33,7	41	46,1	40	78,4	42	43,7
Maconha	57	50,0	37	38,1	35	42,2	63	70,8	35	68,6	38	39,6
Cocaína e derivados	57	50,0	27	27,8	3	3,6	46	51,7	7	13,7	33	34,4
Ansiolíticos	3	2,6	1	1,0	17	20,5	3	3,4	16	31,4	11	11,4
Anticolinérgicos	1	0,9	0	0,0	13	15,7	4	4,5	10	19,6	4	4,2
Antiinflamatórios	0	0,0	3	3,1	11	13,2	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Álcool	62	54,4	45	46,4	63	75,9	64	71,9	32	62,7	76	79,2
Tabaco	73	64,0	68	70,1	48	57,8	69	77,5	35	68,6	71	73,9

Neste levantamento, podemos observar que as campeãs de uso entre essas crianças e adolescentes são as drogas consideradas lícitas, como o tabaco e o álcool, e as denominadas ilícitas, como os solventes e a maconha.

No Rio de Janeiro, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) é vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e credenciado pelo Conselho Federal de Entorpecentes como Centro de Referência Regional para Prevenção e Tratamento no campo das toxicomanias no Estado do Rio de Janeiro. Seus estudos têm demonstrado um aumento do uso de drogas por crianças e adolescentes e uma diminuição das faixas etárias desses usuários. A esse respeito, é possível verificar que:

O NEPAD presta assessoria fornecendo subsídios para instituições, empresas e a comunidade em geral e busca ampliar as fronteiras do conhecimento sobre a questão através do desenvolvimento de pesquisas. O NEPAD funciona em conformidade com os seguintes princípios: gratuidade do atendimento, preservação do sigilo e voluntariedade daqueles que nos procuram (UERJ. NEPAD, 2005).

De acordo com um estudo mais recente, realizado pelas pesquisadoras Denise De Micheli e Maria Lúcia Formigoni, da Unidade de Dependência de Drogas (Uded), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), junto a 6.417 estudantes com idades entre 10 e 20 anos de escolas públicas municipais de Barueri, no Estado de São Paulo, “revelou que 42% usaram álcool, tabaco ou algum tipo de droga ilícita no mês anterior à realização da pesquisa, concluída no início de 2002” (PEREIRA, 2005).

O NEPAD “oferece atendimento individual ou em grupo para informação e reflexão ampla sobre o consumo de drogas a estudantes, profissionais de educação e saúde, agentes comunitários e a instituições públicas ou privadas, visando à prevenção primária do uso abusivo de drogas. Promove curso de extensão universitária sobre educação para a saúde, assessora instituições e comunidades em projetos preventivos”. Para maiores informações, ligue para (21) 2587-7148 ou 2587-7163, entre em contato pelo e-mail sbnepad@uerj.br ou visite o site <<http://www.lampada.uerj.br/nepad/sap.html>>.

Esses números e informações, certamente, são assustadores, e servem para alertar sobre a necessidade de a escola ocupar o seu lugar neste importante debate. No entanto, isto só será possível se todos os profissionais da Educação (professores, diretores, inspetores, merendeiras etc.) estiverem sensibilizados e comprometidos com a discussão sobre o uso de drogas, assim como capacitados para a realização desse tipo de trabalho. Trabalhar com as questões que envolvem a venda, a compra, o transporte, o uso, o tratamento e a dependência de drogas não é simples. Exige muito mais do que simplesmente a memorização de nomes de substâncias psicotrópicas, seus efeitos, formas de uso etc. É necessário, além das informações científicas básicas, todo um trabalho de formação inicial e continuada dos profissionais de Educação, a fim de que possam trabalhar melhor essas questões. O ideal seria a formação de equipes multiprofissionais nas unidades escolares de Ensino Fundamental e Médio que fizessem com que este tema fosse tratado não apenas pelo professor de Ciências Naturais e Biologia, mas por todos os profissionais da escola (orientador educacional, psicólogos, supervisores educacionais etc.).

É óbvio que a Educação sozinha não pode dar conta de um problema que vai muito além da sua área de atuação, mas não é por este motivo que ela vai deixar de cumprir a sua parte.

O Governo e a sociedade civil, num trabalho em conjunto, precisam adotar alguns procedimentos que provavelmente teriam um impacto positivo em relação ao uso indevido de drogas:

- a. formação inicial e continuada de recursos humanos em todas as áreas: Educação, saúde, segurança etc.;
- b. elaboração de material informativo e instrucional adequado às diferentes faixas etárias e às características locais e regionais;
- c. desenvolvimento de campanhas publicitárias voltadas para o público em geral, bem como para grupos e populações específicas;
- d. organização de eventos e realização de convênios de cooperação técnica com instituições nacionais e internacionais que se dedicam à pesquisa e ao desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção, ao tratamento e ao uso indevido de drogas;
- e. montagem de novos centros de apoio e de referência em prevenção e tratamento de dependentes.

A adoção desses procedimentos juntamente com a formulação e implantação de políticas públicas voltadas para uma distribuição de

renda melhor e mais justa, o aumento da oferta de empregos, o acesso a uma Educação de qualidade, um maior oferecimento de esporte e lazer, o aumento da segurança pública e a diminuição da fome e da violência, certamente, contribuiriam para a diminuição do atual quadro de consumo indevido de drogas.

CONCLUSÃO

Nesta aula, chamamos a atenção para o consumo indevido de drogas no país. Destacamos que, independente de uma droga ser considerada lícita ou ilícita, o que deve ser avaliado (em saúde) são os possíveis danos que ela poderá ocasionar. A descriminalização da venda, porte ou uso de uma substância depende muito mais de interesses políticos e econômicos do que da ação negativa dessa substância sobre o organismo do usuário ou a sociedade. Salientamos, ainda, que os jovens são alvos cobiçados pelos grupos que comercializam drogas e que os profissionais da Educação Básica não podem esquivar-se de tratar desse assunto. No entanto, para que isso seja realizado a contento, é necessária a formação inicial e continuada de diferentes profissionais e uma ação conjunta da sociedade civil e do governo com vistas à formulação e implantação de políticas públicas específicas e gerais que, realmente, melhorem as condições de vida da população.

ATIVIDADES FINAIS

1. Leia o trecho a seguir, extraído da matéria do jornal *O Globo*:

O relatório é um instrumento importante para os governos desenvolverem suas políticas de saúde pública, e ele pede atenção também para o consumo de outros tipos de drogas mais aceitas pela sociedade, as chamadas drogas lícitas. Segundo o relatório, o número de usuários de drogas permitidas é bem superior aos das drogas ilícitas: cerca de 30% da população mundial usam tabaco e 50%, álcool (AZEVEDO, 2005, p. 30).

Pergunta: Se o consumo de drogas lícitas é superior ao de ilícitas, como a escola poderia contribuir para conter esse crescimento?

2. Leia agora um outro trecho, extraído da matéria do mesmo jornal:

A maconha é a droga ilícita mais traficada e consumida em todo o mundo. Das 200 milhões de pessoas que usaram drogas pelo menos uma vez entre 2003 e 2004, 160 milhões, ou 4% da população com idade entre 15 e 64 anos, consumiram maconha, revela o Relatório Mundial sobre drogas, do escritório das Nações Unidas para Droga e Crime (Unodc, na sigla em inglês). Isso representa um aumento de 14 milhões de pessoas em relação ao ano anterior. O relatório não faz distinção entre drogas leves e pesadas e alerta para a tendência de crescimento do consumo da maconha e seus derivados.

– Chegamos à conclusão de que essa diferença entre drogas leves e pesadas é muito teórica. Há pessoas que depois de terem consumido maconha por algum tempo ficam dependentes, como usuários de cocaína ou heroína ou drogas sintéticas – conta Giovanni Quaglia, representante do Unodc para Brasil e Cone Sul. – O relatório mostra também um uso muito grande de haxixe (resina da maconha), que é bastante potente. Então a maconha tradicional está sendo substituída em muitos países da Europa por outra com alto conteúdo ativo, transformando-se numa droga bem pesada.

(...) Para Quaglia (...) uma decisão de saúde pública que os países devem tomar é considerar todas as drogas perigosas. Somente a maconha movimentava cerca de US\$ 113 bilhões no varejo, mas se for considerado o mercado global de drogas, o valor chega a US\$ 321,6 bilhões.

A Europa é o principal destino da produção de maconha e haxixe. Como país, a Austrália registrou um dos maiores consumos do mundo, chegando a 13,9% da população entre 15 e 64 anos (AZEVEDO, 2005, p. 30).

Neste texto, um adolescente, ao discorrer sobre a maconha, disse: – A maconha é um produto natural, assim sendo, não representa nenhum risco em seu consumo e nem causa dependência!

2.1. Retire do texto argumentos contrários à colocação feita anteriormente.

2.2. Que ações concretas poderiam ser feitas, na escola, com o intuito de desmistificar esse conhecimento referente à maconha?

3. O Índice de Drogas Ilícitas (IDI) estabelece, a partir de informações fornecidas pelos governos, parâmetros de comparação do problema da droga, considerando produção, tráfico e consumo entre os vários países. Configura-se, então, como uma espécie de medida padrão.

(...) O IDI classifica o Oriente Médio e o sudoeste da Ásia como as regiões mais críticas, com um índice de 52,67%, devido principalmente à alta produção de ópio no Afeganistão e ao intenso tráfico nos países vizinhos. Em segundo lugar, vem a América Latina (28,26), com a produção de cocaína na região dos Andes (AZEVEDO, 2005, p. 30).

No item (2), havia informações sobre os valores movimentados com o comércio (ilegal) de maconha no mundo (US\$ 321,6 bilhões). Se as regiões mais críticas são também aquelas onde há pobreza, que tipo de ações seriam necessárias, por parte dos governos, para combater a crescente produção e consumo de drogas?

4. O que diz o Relatório Mundial sobre o Brasil:

(...) a droga mais consumida no país é a maconha. Ele traz ainda uma relação de 15 países com características comparáveis, na qual o Brasil aparece em 7º no consumo de ecstasy; 10º em cocaína e anfetaminas; e 12º em maconha e haxixe, em termos de prevalência anual sobre a porcentagem da população. O Brasil foi também o quinto país em apreensão mundial da droga em 2003, com 166,2 toneladas.

Por outro lado, a situação do país em relação à transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis é menos grave que em outros países em desenvolvimento. Segundo o relatório, 50% dos usuários de drogas injetáveis no país são portadores do vírus HIV.

Comparando o Brasil com países que não tiveram uma política e programas concretos para reduzir o HIV, foi feito um excelente trabalho. Ainda que o número seja elevado, vê-se situações na Rússia, no Leste Asiático, sobretudo, chegando a 80, 90% (AZEVEDO, 2005, p. 30).

Se temos avanços referentes à prevenção e controle de contaminação por HIV em usuários de drogas injetáveis, pergunta-se:

4.1. Sua comunidade conhece esse tipo de programas? Para responder a essa pergunta, você pode circular no seu bairro, escola (caso trabalhe), ou mesmo entre os colegas do curso (caso os encontre) e perguntar se já ouviram falar desse tipo de programa e de que forma foram informados a respeito. Registre as respostas obtidas montando um *score*.

4.2. Monte uma atividade para a sua comunidade que estimule propostas de prevenção às drogas.

RESPOSTA COMENTADA

O item (1) pode ser respondido de diversas formas. Algumas sugestões das ações da escola incluem: promover grandes discussões e trabalhos “de campo”, onde os alunos pudessem, por exemplo, visitar centros de tratamento para alcoólatras ou hospitais especializados em câncer de pulmão e de fígado, por exemplo, por estarem relacionados ao fumo e ao alcoolismo, respectivamente. Além disso, embora não resolvam o problema, poderiam também promover campanhas educativas para a comunidade escolar e principalmente para as famílias que, ao se envolverem, têm a oportunidade de discutir essas e outras questões, mas, sobretudo, ficam mais próximas dos filhos.

Para responder o item da questão (2.1), você não deve ter tido grandes dificuldades, pois bastava selecionar, no próprio texto, a resposta. Os trechos que respondem a questão são: “essa diferença entre drogas leves e pesadas é muito teórica. Há pessoas que depois de terem consumido maconha por algum tempo ficam dependentes” e “O relatório mostra também um uso muito grande de haxixe (resina da maconha), que é bastante potente. Então a maconha tradicional está sendo substituída em muitos países da Europa por outra com alto conteúdo ativo, transformando-se numa droga bem pesada”.

Para o item (2.2), você pode listar inúmeras ações. Como sugestão, boas opções seriam a realização de pesquisas profundas sobre a maconha; oportunizar a realização de entrevistas com dependentes da droga e um júri simulado discutindo a legalização ou não da droga, onde seriam apresentados argumentos contrários e favoráveis à legalização, envolvendo também os prós e contras relacionados ao consumo.

O item (3) pode ser respondido colocando a importância e a necessidade de compreender o problema das drogas como de saúde pública. Além disso, como uma condição que se instala como decorrente da pobreza e do meio de subsistência de populações marginalizadas. Assim, a melhoria de qualidade de vida da população e sobretudo a melhor distribuição de renda seriam elementos indispensáveis no combate, principalmente, à produção das drogas, mas também ao consumo.

Quanto ao item (4.1), fica difícil prever seu score de forma correta, mas é possível imaginar que a maioria das pessoas que compõe sua comunidade deve desconhecer a existência de programas referidos no Relatório Mundial sobre drogas, pois há pouca ou nenhuma divulgação, sobretudo nos meios de comunicação de massa.

A respeito da atividade solicitada em (4.2), você pode usar sua imaginação e conhecimentos para montá-la de diversas formas. Apenas não se esqueça de que somente informar acerca dos danos que as drogas causam não é suficiente para afastar as pessoas dos motivos que as levam a consumi-las (especialmente os jovens).

RESUMO

Chamamos de droga qualquer substância química de origem animal, vegetal ou mineral que possa ser utilizada em seres humanos, animais ou vegetais com finalidades terapêuticas ou qualquer outro tipo de destinação.

Se fizermos uma incursão na história, verificaremos que, desde os tempos mais remotos, a humanidade utilizou drogas nas mais diversas situações.

Drogas lícitas são aquelas consideradas legais enquanto as ilícitas expõem o comprador e o usuário a problemas com as autoridades policiais e com a lei. O critério de legalidade ou ilegalidade da droga não tem a ver somente com os prejuízos que trazem à saúde, mas também com fatores econômicos, culturais, políticos etc. Portanto, os debates e as opiniões sobre descriminalização das drogas estão sujeitos a essas influências.

Embora o uso de drogas não seja específico de uma determinada faixa etária ou grupo social, os jovens são alvos que despertam muito interesse. Diante disso, tanto o governo quanto a sociedade civil devem estar atentos e buscar alternativas que visem à prevenção e ao tratamento de usuários de substâncias psicotrópicas.

INFORMAÇÃO SOBRE A PRÓXIMA AULA

Em nossa próxima aula, trabalharemos com um tema que contribuirá para estimular a sua “fome de saber”. O tema, em destaque, será nutrição.

A nutrição em debate

AULA 8

Meta da aula

Destacar a importância da nutrição correta e os problemas decorrentes da alimentação inadequada, ressaltando os cuidados na manipulação de alimentos e o uso de aditivos químicos, agrotóxicos e alimentos geneticamente modificados.

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Diferenciar os alimentos quanto à origem.
- Relacionar os diferentes tipos de nutrientes à sua função.
- Analisar criticamente a função nutricional dos alimentos.
- Discutir a importância da ação governamental por meio de Programas no combate à desnutrição de escolares.
- Reconhecer mitos e crenças acerca de alimentos.
- Propor e discutir atividades de Educação e Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica e da comunidade.

Pré-requisitos

Reveja as Aulas 1, 2,3, e de 8 a 16 de Bioquímica que discutem as propriedades físico-químicas e funcionais das biomoléculas.

INTRODUÇÃO

Nesta aula, discutiremos a importância da alimentação balanceada. Para tal, apresentaremos os nutrientes e suas funções. Algumas regras para a boa alimentação serão vistas, bem como algumas referentes à manipulação de alimentos. Questões atuais, como o debate sobre o uso de alimentos orgânicos, a utilização de agrotóxicos e os alimentos transgênicos, também terão lugar.

NUTRIÇÃO, ALIMENTOS E NUTRIENTES

Andréa Galante (2005), presidente da Associação Brasileira de Nutrição, alerta que o conceito de nutrição evoluiu muito nos últimos cinco anos, em decorrência do avanço tecnológico, o que possibilitou uma ampliação do conhecimento acerca dos alimentos e da relação de prevenção de doenças e promoção da saúde. Hoje se fala em nutrição funcional, conceito que engloba a nutrição e todas as descobertas e avanços tecnológicos. Mas, afinal, o que vem a ser nutrição? É o mesmo que alimentação? Para Ribeiro e Cozzolino (2005, p. 38), nutrição é: “Ato ou efeito de nutrir(-se), o qual compreende um conjunto de processos que envolvem desde a ingestão do alimento até sua assimilação pelas células”.

Quanto à alimentação, Ênio Moura (1993) destaca que esta é o ato voluntário de consumir alimentos. Assim, por meio da alimentação, o indivíduo pode nutrir seu organismo, já que o alimento compreende a fonte de matéria e de energia. Existe uma grande variedade de alimentos, e, sem muito esforço, você é capaz de enumerar alguns exemplos: pães, frutas, leite, verduras, carne e outros. Mas, embora diferentes, a maioria é composta por seis grupos de substâncias – os nutrientes – cujos teores são variáveis e que “efetivamente nutrem o organismo” (MOURA, 1993, p. 166). Os seis grupos de nutrientes, de que você possivelmente já ouviu falar, são: carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, minerais e água.



A nutrição é dependente da quantidade e qualidade dos nutrientes presentes nos alimentos e necessárias ao pleno funcionamento do organismo. A complexidade de fatores envolvidos nas etapas da nutrição suscita a dúvida: o que nos garante que a quantidade de nutrientes existente na dieta será utilizada pelo organismo? O termo *biodisponibilidade* passou a ser utilizado, a partir dos anos 80, para indicar a proporção de determinado nutriente que seria realmente utilizada pelo organismo. Assim, a biodisponibilidade de um nutriente é o resultado de um processo dinâmico, o qual sofre a influência de fatores diversos, relacionados à dieta e também ao indivíduo. Para maiores informações a este respeito, você pode consultar o livro *Biodisponibilidade de nutrientes*, de Sílvia M. Franciscato Cozzolino (MANOLE, 2005).

**ATIVIDADE**

1. Os alimentos podem ser classificados quanto à origem. Complete o quadro a seguir, inserindo os exemplos apresentados de acordo com sua origem.

CARNE – FRUTAS – MANTEIGA – ÁGUA – AZEITE – OVOS – QUEIJO – SAL – IOGURTE – ARROZ – FEIJÃO – PEIXE – MILHO

ANIMAL	VEGETAL	MINERAL

RESPOSTA COMENTADA

Você não deve ter tido dificuldades em responder a esta questão, comumente utilizada para alunos do Ensino Fundamental. Nesse caso, é possível e recomendável realizar variações, com desenhos e colagem de gravuras.

ANIMAL	VEGETAL	MINERAL
CARNE	FRUTAS	ÁGUA
IOGURTE	AZEITE	SAL
MANTEIGA	ARROZ	
OVOS	FEIJÃO	
QUEIJO	MILHO	

Os nutrientes podem ser classificados quanto à sua natureza e sua função predominante. Quanto à natureza, podem ser orgânicos ou inorgânicos, e quanto à função, plásticos, energéticos ou reguladores. Os nutrientes orgânicos são as proteínas, os lipídeos e os carboidratos, pois apresentam carbono em sua composição. São encontrados exclusivamente em alimentos de origem animal e vegetal. Já os nutrientes inorgânicos (não possuem carbono) são a água e os sais minerais, encontrados em alimentos de todas as origens – animal, vegetal e mineral.

Geralmente, os nutrientes são divididos em duas classes: macronutrientes e micronutrientes. Os primeiros incluem as proteínas, as gorduras, os carboidratos e alguns minerais, requeridos em grandes quantidades diariamente, constituindo a maior parte da dieta e fornecendo a energia e os componentes necessários para o crescimento, a manutenção e a atividade humana. Os micronutrientes são requeridos em pequenas quantidades, variando de miligramas (um milésimo do grama) a microgramas (um milionésimo do grama) (BERKOW, 2002).

FUNÇÕES DOS NUTRIENTES

A seguir, apresentaremos as principais funções dos nutrientes.

Proteínas

As proteínas são os principais elementos plásticos do corpo, participando da formação e do crescimento dos tecidos, dos órgãos e de estruturas celulares (SANTOS, 1993). Além da função estrutural, também cumprem funções reguladoras (enzimas), hormonal, de defesa (anticorpos) e de transporte nos fluidos biológicos. São moléculas grandes compostas por combinações de 20 aminoácidos, cuja sequência e proporção são variáveis. Quando as proteínas ingeridas nos alimentos são digeridas, liberam os aminoácidos que, absorvidos através das paredes do intestino delgado, chegam às células, onde são reconstruídos em proteínas diferentes das originais (SANTOS, 1993).

As proteínas são uma fonte de calorias, e podem ser fonte de energia se houver insuficiência de carboidratos, o que acontece em condições especiais, como, por exemplo, desnutrição grave (CARROLL & SMITH, 1996) ou exercício exaustivo (CLARK, 1998).

Do ponto de vista nutricional, os aminoácidos foram, a princípio, descritos como essenciais e não-essenciais, sendo que os primeiros, o organismo não consegue produzir em quantidades suficientes, devendo ser adquiridos por meio da alimentação. Mais recentemente, a classe dos aminoácidos condicionalmente essenciais foi introduzida. Estes são definidos como aqueles que podem ser considerados essenciais em determinados estados fisiológicos ou em determinadas condições clínicas (TIRAPEGUI, CASTRO & ROSSI, 2005).

Tirapegui, Castro & Rossi (2005: 71) apresentam a classificação nutricional dos aminoácidos:

ESSENCIAIS	CONDICIONALMENTE ESSENCIAIS	NÃO-ESSENCIAIS
Fenilalanina	Glicina	Alanina
Triptofano	Prolina	Ácido aspártico
Valina	Tirosina	Ácido glutâmico
Leucina	Serina	Asparagina
Isoleucina	Cisteína e Cistina	
Metionina	Taurina	
Treonina	Arginina	
Lisina	Histidina	
	Glutamina	

As proteínas podem ser encontradas em alimentos de origem animal e vegetal. Com relação à biodisponibilidade, podemos classificá-las em proteínas completas, parcialmente incompletas e totalmente incompletas. As de origem animal (carne, leite e derivados, peixes, aves e ovos) são consideradas completas, pois fornecem todos os aminoácidos essenciais ao organismo, em quantidades adequadas ao crescimento e manutenção. As proteínas parcialmente incompletas, como as provenientes de leguminosas, oleaginosas e cereais, possuem aminoácidos em quantidade suficiente apenas para a manutenção orgânica. A gelatina é um exemplo de proteína totalmente incompleta, pois a quantidade de aminoácidos essenciais não supre nem as necessidades para a manutenção do metabolismo.

Os alimentos, entretanto, podem ser combinados para obter proteínas completas (CARROLL & SMITH, 1996). Uma mistura adequada de leguminosas, as quais contêm cerca de 10 a 30% de proteínas (feijão, soja, ervilhas), com cereais (6 a 15% de proteínas) como arroz, trigo, milho, na mesma refeição, poderia apresentar valor nutricional protéico equivalente às proteínas de origem animal, desde que consumida em proporções balanceadas. Esta mistura lembra algo familiar ao povo brasileiro? O arroz e feijão, sem dúvida, é um bom exemplo da complementação nutricional de proteínas.



Cerca de 10 a 15% da massa corporal é formada por proteína, embora seu conteúdo varie nas diferentes células (célula cerebral = 10%; hemácias e células musculares = 20%). Como não existem reservatórios de proteína no corpo, as necessidades nutricionais devem ser supridas pela dieta. Quando isso não acontece, pode ser instalado um quadro de desnutrição protéico-energética (DPE), cujos casos mais graves são o *marasmo* (deficiência crônica de energia causada por deficiência na alimentação durante a lactação) e o *Kwashiorkor*, além de formas combinadas dos dois tipos. Este último é uma palavra africana que significa “o primeiro e o segundo”. Acomete crianças de 1 a 4 anos, no último período de lactação, desmame e pós-desmame e caracteriza-se por uma deficiência crônica de proteínas. “O primeiro e o segundo” refere-se ao fato de a mãe deixar de amamentar o primeiro filho, por ocasião do nascimento do segundo, deixando, aquele, de receber proteínas via leite materno e tendo, como substituinte, apenas fontes de carboidratos (farinhas, pães, massas etc.).

Carboidratos

Os carboidratos (ou açúcares) são a fonte de energia primária do organismo (CLARK, 1998). Por sua importância secular na alimentação, aliada ao fenômeno da transição epidemiológica no início da década de 1980, nos países economicamente desenvolvidos, ou seja, altas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, dislipidemias, doenças cardiovasculares e obesidade, por exemplo), foram intensificadas as necessidades de caracterizar melhor as propriedades químicas e as características fisiológicas dos carboidratos.



O índice glicêmico (IG) dos alimentos foi desenvolvido para compreender o efeito fisiológico proporcionado por diferentes fontes de carboidratos, componentes de uma dieta habitual mista. Pode ser definido como o incremento sobre a curva glicêmica (ou seja, a resposta da glicose sangüínea), causado pela ingestão de 50 gramas de um alimento fonte de carboidratos, expresso como um percentual da área da curva glicêmica produzida pela mesma quantidade de carboidrato de alimento padrão. Aritmeticamente, temos:

$$\text{IG} = \frac{\text{aumento da área na curva glicêmica do alimento teste}}{\text{aumento da área na curva glicêmica do alimento padrão}} \times 100$$

(HENRIQUES, 2005).

Assim, a classificação mais recente estabelece quatro tipos de açúcares: os monossacarídeos (glicose, frutose e galactose), os dissacarídeos (sacarose, maltose e lactose), os oligossacarídeos (rafinose, maltodextrinas, fruto e galactoligossacarídeos) e os polissacarídeos (amido, pectina, glicogênio e celulose). Os mono e dissacarídeos são denominados carboidratos glicogênicos, pois são capazes de se converter em glicose mais rapidamente, disponibilizada para ser utilizada pelo organismo (HENRIQUES, 2005).

Os oligossacarídeos ocupam uma posição intermediária entre as moléculas de mono e dissacarídeos, mais simples, e as longas cadeias de polissacarídeos. Inulina e frutoligossacarídeos são oligossacarídeos com características de **FIBRA ALIMENTAR**, pois escapam da digestão típica dos carboidratos, chegando às regiões mais distais do trato gastrointestinal. Além disso, são pré-bióticos autênticos, ou seja, estimulam o crescimento de algumas espécies de bactérias, o que gera seletividade no cólon, reduzindo a população de microorganismos patogênicos.

O glicogênio é um polissacarídeo de armazenamento presente nos músculos e fígado de mamíferos. Uma pessoa bem nutrida, com cerca de 80 Kg, armazena cerca de 500g de carboidratos no corpo. A dieta pode afetar significativamente a quantidade armazenada: um jejum de 24 horas ou uma dieta isocalórica (calorias normais) pobre em carboidratos reduz drasticamente as reservas de glicogênio. Já a mesma dieta, por vários dias, se for rica em carboidratos, duplica as reservas, em comparação com uma dieta balanceada (McARDLE, KATCH & KATCH, 2002).

FIBRA ALIMENTAR

É “qualquer material comestível que não seja hidrolisado pelas enzimas endógenas do trato digestivo de humanos” (RESOLUÇÃO RDC 40 de 21/03/2001 Anvisa *apud* FILISETTI & LOBO, 2005: 174). É encontrada em vegetais, frutas, grãos integrais, sementes, algas marinhas e raízes (*idem*).

Erroneamente, muitas pessoas acreditam que os carboidratos são os vilões das dietas. É muito comum, então, quando se pretende emagrecer, restringir drasticamente a ingestão de alimentos fontes desse nutriente, o que pode trazer consequências como fraqueza e sonolência. Além disso, os carboidratos são a única fonte de energia para o cérebro e são os primeiros a serem utilizados como fonte de energia para o funcionamento do corpo (STELLA, 2005).

Santos (1993) apresenta uma ampla lista de alimentos para exemplificar esse grupo de nutrientes: cereais (arroz, aveia, trigo, milho) e derivados (massas, pão, farinhas, mingaus etc.); frutas (banana, maçã, tangerina, uvas), raízes e tubérculos (beterraba, mandioca e batata). O açúcar branco nada mais é do que o refinamento do açúcar natural de vegetais, como, por exemplo, da cana, da beterraba etc. Contém, portanto, alta concentração de glicídios. Outra grande fonte de açúcar é o mel, que também é refinado e concentrado, mas por meio de um processo natural (são as abelhas que o fazem).



Uma caloria é a quantidade de calor necessária para elevar de 1°C a temperatura de 1kg (1L) de água. A quilocaloria (Kcal) define mais corretamente a caloria. O valor energético total (bruto) dos macronutrientes é medido por calorímetros tipo bomba. O calor liberado pela queima do alimento neste calorímetro é conhecido como calor de combustão ou valor energético total do alimento. Para a queima de 1g de cada um dos diversos macronutrientes puros, os valores encontrados são: carboidrato = 4,20Kcal; proteína = 5,65Kcal; lipídio = 9,45Kcal. Assim, os lipídios liberam cerca de 65% mais energia por grama do que as proteínas e 120% mais do que os carboidratos (McARDLE, KATCH & KATCH, 2002).

Lipídios

Os lipídios ou gorduras podem ser divididos em saturados e não-saturados, que diferem na composição química e na maneira de afetar o organismo (CARROLL & SMITH, 1996). O primeiro tipo é encontrado em derivados do leite e em alguns alimentos de origem animal, e podem aumentar o risco de doença cardíaca e câncer (CLARK, 1998). As gorduras insaturadas (mono e poliinsaturadas), menos prejudiciais, são, geralmente, de origem vegetal.

Como exemplos de alimentos fontes de gorduras saturadas, temos: carne (de boi, de porco etc.), manteiga, toucinho, leite integral e ovos. Também alguns óleos vegetais como o de coco, de palma e de dendê. Como característica, são gorduras sólidas à temperatura ambiente (CARROLL & SMITH, 1996).

As gorduras insaturadas, por sua vez, são líquidas à temperatura ambiente. Estão presentes em peixes, por exemplo, mas sua principal fonte compreende os óleos vegetais, e podem ser divididas em gorduras monoinsaturadas (azeite extra-virgem, óleo de canola, amendoim, castanha e abacate) e poliinsaturadas (óleos de soja, milho, algodão e girassol), ambas benéficas para o coração (CARROLL & SMITH, 1996).

Dentre as funções dos lipídeos, podemos destacar o fornecimento de energia, o isolamento térmico e a sustentação e proteção da pele de alguns órgãos (SANTOS, 1993). Também possuem função plástica, compreendendo componentes estruturais das células (por exemplo, participam da formação da membrana plasmática, junto com as proteínas). São também valiosos no armazenamento e no transporte das vitaminas A, D, E e K (CARROLL & SMITH, 1996) e no suprimento dos ácidos graxos essenciais: o ácido linoléico, o ácido linolênico (encontrados nos óleos vegetais), ácido eicosapentaenóico e o ácido docosaexanóico (essenciais para o desenvolvimento do cérebro, encontrados nos óleos de peixe (PACHECO, 2005), e o ácido araquidônico (BERKOW, 2002).

Os óleos vegetais não possuem colesterol, pois este é exclusivo dos tecidos animais. Assim, pode ser obtido pelo organismo humano por meio da ingestão de alimentos (colesterol exógeno), mas também a partir da síntese realizada pelo próprio organismo (colesterol endógeno). Mesmo numa dieta isenta de colesterol, sua síntese endógena varia entre 0,5 a 2,0g por dia (McARDLE, KATCH & KATCH, 2002), mas não

se acumula nos tecidos (SANT'ANA, 2005). Como já foi estabelecida uma relação direta entre a incidência de várias doenças do coração e os níveis plasmáticos de colesterol, é importante avaliar o seu teor presente nos alimentos. A ingestão de ácidos graxos ômega 3 reduz os níveis do colesterol plasmático (possivelmente por reduzir a síntese de **VLDL**).

Vitaminas

As vitaminas são catalisadores metabólicos, agindo como auxiliares das enzimas, aumentando a velocidade de reações químicas do organismo. São indispensáveis, e, como a maioria não é produzida pelo corpo, devem estar presentes na dieta. Podem ser classificadas em dois grupos: (1) as **VITAMINAS HIROSSOLÚVEIS: COMPLEXO B** e vitamina C; (2) as **LIPOSSOLÚVEIS**: A, D, E e K.

Uma dieta variada e balanceada supre as necessidades nutricionais de todas as vitaminas de que o organismo necessita. Assim sendo, os suplementos vitamínicos são recomendados a pessoas em situações especiais, como, por exemplo, deficiências vitamínicas, problemas de saúde, doenças crônicas, treinamento físico intenso, dentre outras (CLARK, 1998; CARROLL & SMITH, 1996), em que não seja possível atingir as recomendações vitamínicas via alimentação.

Em julho de 2005, Drauzio Varella, entrevistando o Dr. Anthony Wong, médico pediatra e toxicologista do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, colocou a seguinte questão: “Como você vê essa vitaminoterapia que se transformou numa coqueluche, não só no Brasil, mas nos Estados Unidos e Europa também?” A resposta, disponível em http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/auto_wong9.asp, foi:

Tudo pode ser veneno. A mesma substância que, usada nas doses e momentos certos, é remédio, se usada inadequadamente, pode ser veneno. Isso vale inclusive para as vitaminas. Estudos epidemiológicos e sistemas de análises clínicas cada vez mais aperfeiçoados mostraram coisas que não sabíamos. Por exemplo, as megadoses de vitaminas não previnem nem curam doenças. Ao contrário, podem até fazer mal. Durante muito tempo, acreditou-se que as oito vitaminas que participam da composição do complexo B não seriam tóxicas. Depois, descobriu-se que a tiamina, a piridoxina, o ácido nicotínico e a niacina, quando acumulados, eram potencialmente tóxicos. Hoje se sabe que a superdosagem desses elementos pode causar uma série de problemas sérios.

VLDL é a sigla para *very low density lipoprotein* (lipoproteína de muito baixa densidade) (SANT'ANA, 2005), que contém o maior percentual de lipídios e cuja degradação produz a LDL (*low density lipoprotein* ou lipoproteína de baixa densidade). HDL significa *high density lipoprotein*, ou seja, lipoproteína de alta densidade, que possui o maior percentual de proteínas e menores quantidades de lipídios totais e colesterol (McARDLE, KATCH & KATCH, 2002).

VITAMINAS HIROSSOLÚVEIS

= dissolvem-se e são veiculadas pela água.

VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS

= dissolvem-se em lipídeos. São veiculadas e armazenadas nesse nutriente.

COMPLEXO B
O complexo B compreende oito vitaminas: tiamina (B1), riboflavina (B2), niacina, ácido pantotênico, piridoxina (B6), biotina, ácido fólico, cianocobalamina (B12).

As vitaminas são micronutrientes necessários em microquantidades, variando em função do estado fisiológico, sexo e quantidade de atividade física realizada pelo indivíduo. Os requerimentos nutricionais aumentam durante períodos de crescimento, de gestação e de lactação, assim como em condições de trabalho intenso e na ocorrência de determinadas doenças, sobretudo as infecciosas (PAIXÃO & STAMFORD, 2004). As recomendações atuais especificando as necessidades diárias de vitaminas são baseadas nas Dietary Reference Intakes (DRI) estabelecidas nos Estados Unidos e Canadá. A dose diária recomendada (RDA = Recommended Dietary Allowance), para homens adultos, de algumas vitaminas, pode ser visualizada a seguir:

A = 900µg; B1 = 1,2mg; B2 = 1,3mg; niacina = 16mg; ácido pantotênico = 5mg; B6 = 1,3mg; ácido fólico = 400µg; B12 = 2,4µg; H = 30 µg; C = 75mg; D = 5µg; E = 15mg; K = 120 µg (COZZOLINO, 2005).

RDA é a quantidade de nutriente suficiente para atender à necessidade de aproximadamente 97-98% dos indivíduos saudáveis em determinado estágio da vida e gênero (NRC, 2001).

A seguir, apresentamos um quadro com as principais vitaminas, suas funções, sintomas da carência e principais fontes.

Quadro 8.1: Características das vitaminas

VITAMINAS	FUNÇÕES	SINTOMAS DA CARÊNCIA	FONTES
A (retinol)	Essencial para o crescimento normal e saúde da pele, unhas e cabelos. Aumenta a resistência das mucosas a infecções. Importante para a visão.	Afecções da pele, xerofthalmia ou olho seco, perturbações das mucosas, suscetibilidade a infecções, tendência à formação de cálculos urinários.	Cenoura, abóbora, couve, espinafre, batata, mamão, pêsego, fígado, leite, manteiga (os vegetais têm alfa e betacaroteno, precursores da vitamina A).
D D2 (Ergocalciferol) D3 (Calecalciferol)	Ajuda o organismo a utilizar o cálcio e o fósforo para a boa saúde de ossos e dentes.	Inibição do crescimento dos ossos longos; raquitismo; osteomalácia, perturbações do metabolismo do cálcio e do fósforo.	Peixe, ovos, óleo de fígado de bacalhau, sintetizada na pele por ação dos raios solares.
E (Tocoferol)	Antioxidante, ajuda na formação e ao funcionamento dos músculos e outros tecidos.	Estudos em animais: aborto, degeneração do epitélio germinativo, perturbações neuromusculares, esterilidade.	Óleos vegetais e cereais integrais, espinafre.
K	Necessária para a coagulação normal do sangue.	Hemorragias	Couve, alface, vagem, batata, ovos, sintetizada no intestino humano por bactérias.
C (Ácido Ascórbico)	Antioxidante. Participa na absorção do Ferro. Tem papel nos mecanismos de autodefesa do organismo contra as infecções.	Escorbuto; hemorragias das articulações, das mucosas, da pele, da gengiva e degeneração dental.	Goiaba, acerola, laranja, limão, abacaxi, morango, couve, salsa, espinafre.

B1 (Tiamina)	Coenzima necessária no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas. Envolvida no funcionamento correto dos músculos e sistema nervoso.	Beribéri, insuficiência cardíaca, inflamação dos nervos, atrofia muscular, alterações metabólicas.	Feijão, soja, ervilha, lentilha, grão-de-bico, aveia, arroz e trigo integrais, carne, gema.
B2 (Riboflavina)	Formação de hemácias. Regulação de enzimas tireoidianas. Co-fator redox no metabolismo gerador de energia.	Lesões nos cantos da boca, lábios e língua, dermatite seborréica.	Leite, ovos, fígado (principalmente), soja, lentilha, amendoim, sintetizada no intestino.
NIACINA	Precursor de coenzimas.	Pelagra (quando ocorre deficiência simultânea de triptofano).	Carne, peixe, fígado, amendoim, leite e ovos, cereais, leveduras.
ÁCIDO PANTOTÊNICO	Papel central no metabolismo de geração de energia. Participação na biossíntese de ácidos graxos e de esteróides.	Desordens neuromotoras, depressão mental, distúrbios gastrintestinais, diminuição da resposta imune.	Carne, frango, aveia, batata, gema, tomate, brócolis, fígado.
B6 (Piridoxina)	Coenzima em mais de 100 reações enzimáticas no metabolismo de lipídios, aminoácidos, carboidratos e neurotransmissores.	Convulsão, anemia microcítica, dermatite seborréica.	Aveia, fígado, lentilha, manga, abacate, peixe, carne, leite, ovos, sintetizada no intestino.
ÁCIDO FÓLICO	Na formação de eritrócitos e na prevenção de certas formas de anemia. Mantém saudável o sistema nervoso.	Anemias, lesões de mucosas, defeitos no tubo neural e complicações na gravidez.	Brócolis, espinafre, feijão, ervilha, lentilha, laranja.
B12 (Cobalamina)	Ajuda a prevenir anemias. Co-fator para enzimas do metabolismo dos lipídios e síntese do ácido nucléico. Cooperar na formação dos glóbulos vermelhos. Suporta o funcionamento correto do sistema nervoso. É importante no metabolismo dos açúcares.	Anemia megaloblástica, neuropatia, homocistinúria.	Alimentos de origem animal: carne, ovos, fígado, leite e derivados.
H (Biotina)	Participa no metabolismo dos açúcares, gorduras e proteínas e na produção de energia.	Dermatite esfoliativa e alopecia.	Fígado, carne, frutas, leite (humano e de vaca), gema, sintetizada no intestino humano por bactérias.

Fontes: Santos (1993); Moura (1993); Carrol & Smith (1996), McArdle, Katch & Katch (2002) e Cozzolino (2005).

Minerais

Pelo menos 20 sais minerais desempenham papel na manutenção da função de tecidos orgânicos e/ou no controle do metabolismo corporal. Os minerais não fornecem energia para o organismo. O quadro a seguir apresenta os minerais, suas funções, fontes e consequências das carências.

Quadro 8.2: Minerais e oligoelementos – características

ELEMENTOS	FUNÇÕES	FONTES	CONSEQUÊNCIAS DA CARÊNCIA
Cálcio	Constituinte de ossos e dentes; regulação muscular nervosa e sangüínea.	Leite e derivados (mais ricos), oleaginosas, folhas verdes, brócolis, sardinha.	Osteoporose, raquitismo, osteomalácia, hipertensão.
Fósforo	Constituinte de ossos e dentes, membranas, nucleotídeos e ácidos nucléicos. Auxilia na manutenção do Ph e no metabolismo energético.	Leite e queijo, peixe, carne, leguminosas, oleaginosas.	A carência é rara, já que o conteúdo em alimentos fontes é acima das recomendações e a absorção é eficiente.
Magnésio	Constituinte de ossos e dentes. Afeta muitas funções celulares, atua no metabolismo de energia e proliferação celular.	Vegetais folhosos, produtos marinhos, frutos secos, cereais, leite.	Doença cardíaca isquêmica, hipertensão, diabetes, asma, osteoporose.
Sódio	Intervém na regulação do volume do plasma, equilíbrio ácido-básico, função nervosa e muscular. Normaliza o ritmo cardíaco.	Sal de cozinha	Cãibras, apatia mental, redução do apetite. O excesso leva à hipertensão.
Potássio	Função nervosa e muscular. Equilíbrio hídrico e ácido-básico. Normaliza o ritmo cardíaco.	Carne, laranja, banana, leite, batata, leguminosas e feijões.	Alterações cardíacas e neuromusculares, confusão mental.
Cloro	Integra líquidos extracelulares.	Alimentos com sal, vegetais e frutas.	Improvável com dieta adequada. Excesso contribui para a hipertensão (aliado ao sódio).
Ferro	Indispensável na formação de hemoglobina, mioglobina e enzimas.	Carne, fígado, ostras, legumes, espinafre, ervilha.	Anemia ferropriva (problema nutricional mais comum no mundo, atingindo cerca de 2 a 3 bilhões de pessoas). Excesso leva à cirrose hepática.

Iodo	Constituinte dos hormônios tireoidianos.	Sal iodado, peixes, moluscos e produtos marinhos.	IDD (desordem associada à deficiência de iodo): retardo mental irreversível, bócio, distúrbios do sistema reprodutor, mortalidade infantil.
Selênio	Antioxidante. Potencialização do sistema imunológico, prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Papel mediador na ação da insulina.	Castanha-do-brasil, carnes, cereais. Concentração varia com a composição dos solos.	Doença de Keshan e de Kasin-Beck. Alterações cardíacas e musculares. A intoxicação por selênio causa perda de unhas e cabelos e odor de alho pelas vias respiratórias.
Zinco	Essencial para a atividade de mais de 300 enzimas. Participa da síntese e da degradação de lipídios, carboidratos, proteínas e ácidos nucléicos. Regula a expressão gênica.	Ostras, carne, fígado, soja, germe de trigo, amendoim, aveia, iogurte.	Anorexia, atraso na maturação sexual, intolerância à glicose, hipogonadismo, retardo no crescimento, disfunções imunológicas e alterações no paladar.
Cromo	Co-fator de proteínas de baixo peso molecular. Importante na manutenção nos níveis de glicose circulante, insulina e lipídios.	Grãos, cereais, carne, frango, peixe.	Diminuição do uso da glicose e aumento da necessidade de insulina (contribuição para o diabetes tipo II). Perda de peso inexplicável e neuropatia periférica.
Cobre	Constituinte de enzimas de oxidorredução. Participa no metabolismo do esqueleto, no sistema imunológico e na prevenção de doenças cardiovasculares.	Fígado, ostra, caju, castanha-do-brasil, avelã, nozes.	Anemia, síndrome de Menkes, danos neurológicos, alterações no metabolismo ósseo, doença arterial coronariana, comprometimento do sistema imunológico inato e humoral.
Manganês	Formação de ossos. Envolvido no metabolismo de aminoácidos, colesterol e carboidratos e na regulação da atividade de diversas enzimas e de receptores de neurotransmissores.	Germe de trigo, noz-pecã, soja, oleaginosas, abacaxi, suco de uva, caju.	Em espécies animais, prejuízos no crescimento, na função reprodutora, alterações no metabolismo de carboidratos e lipídios e queda na tolerância à glicose. Osteoporose em mulheres.
Molibdênio	Co-fator de um número limitado de enzimas no catabolismo de aminoácidos e compostos heterocíclicos (purinas e pirimidinas). Saúde neurológica do recém-nascido.	Lentilha, ervilha, feijão, oleaginosas, coco, ovos, alface, cebola, espinafre.	Perda da função das enzimas de molibdênio. Taquicardia, cegueira noturna, taquipnéia, coma. Dano neurológico em recém-natos que leva à morte.

Flúor	Saúde óssea e dentária, prevenção de cáries e de osteoporose.	Água potável, peixes e crustáceos.	Cárie dentária. O excesso leva a manchas nos dentes, densidade óssea aumentada, distúrbios neurológicos.
-------	---	------------------------------------	--

Fontes: Santos (1993); Moura (1993); Carrol & Smith (1996), McArdle, Katch & Katch (2002) e Cozzolino (2005).

ELEMENTOS VESTIGIAIS OU OLIGOELEMENTOS

(catalizadores das reações enzimáticas). São nutrientes requeridos em doses infinitesimais. (oligo = pouco).

No Manual Merck de Informação Médica – Saúde Para a Família (BERKOW, 2002), há a advertência de que alguns **ELEMENTOS VESTIGIAIS** são essenciais, como o ferro, o zinco, o cobre, o manganês, o molibdênio, o selênio, o iodo e o fluoreto. Há outros, essenciais na nutrição animal, mas ainda não definidos como indispensáveis na nutrição humana: o arsênico, o cobalto, o níquel, o silício e o vanádio. Em excesso, todos os elementos vestigiais são tóxicos e alguns foram inclusive identificados como cancerígenos (arsênico, níquel e cromo, por exemplo).

ÁGUA

A água é essencial, pois compõe cerca de 2/3 do corpo. É responsável por estabilizar a temperatura corporal, transportar nutrientes para as células e retirar os produtos de excreção, bem como auxiliar o funcionamento celular. A água não provê energia para o organismo.

Aproximadamente 2,5 litros devem ser ingeridos diariamente, já que, através da respiração, da transpiração, da urina e das fezes parte da água é expelida (CLARK, 1996; SANTOS, 1993; BERKOW, 2002). Além da própria água, frutas e verduras são boa fonte desse nutriente.

DIETA SAUDÁVEL X DESVIOS DA NUTRIÇÃO NORMAL

A chave para uma dieta saudável está numa alimentação variada e balanceada. Para que a alimentação proporcione uma nutrição adequada, Ênio Moura (1993) sugere a adoção de quatro regras básicas, que podem ser visualizadas a seguir.

Quadro 8.3: Regras básicas para a alimentação adequada

Quantidade	A dieta deve suprir as necessidades nutricionais diárias da pessoa ao longo do dia.
Qualidade	Complementar à primeira, ressalta a necessidade de inserir alimentos com bom valor nutritivo, representativos de todos os grupos de nutrientes.

Variedade (ou regra da harmonia)	Necessidade de estabelecer uma proporção harmônica entre vários tipos de alimentos.
Adequação	Alimentação deve ser adequada a cada indivíduo, levando em conta características individuais (idade, estado de saúde, atividade física).

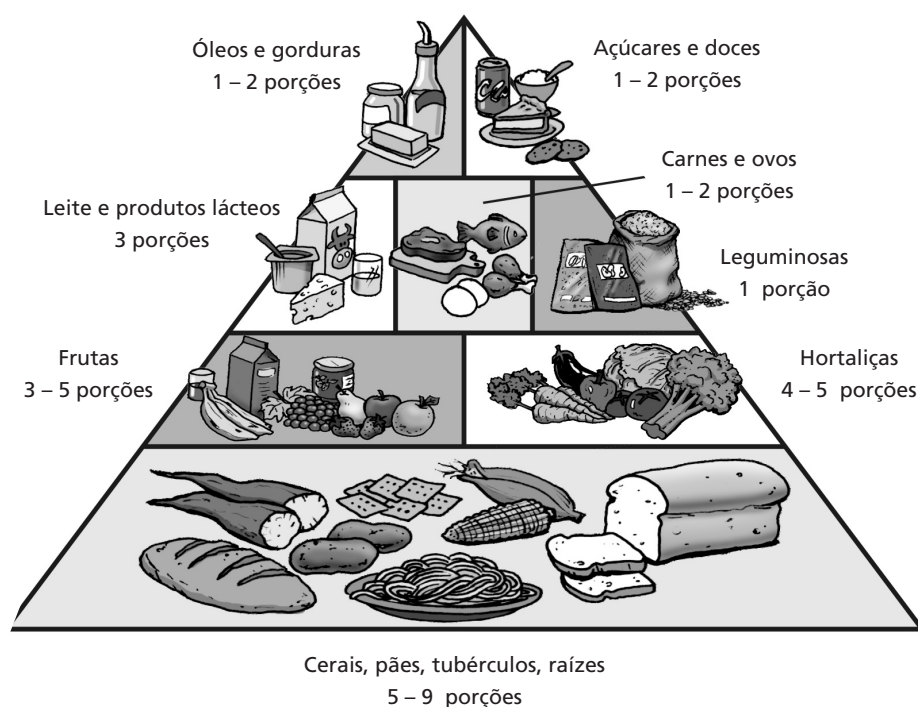
Adaptado de Moura (1993).

Pirâmide Alimentar

A Pirâmide Alimentar, segundo a legislação vigente, “é um instrumento, sob a forma gráfica, de orientação da população para uma alimentação mais saudável” (Resolução Anvisa **RDC** nº 39, de 21 de março de 2001). Constitui um guia, no qual a pessoa pode escolher os alimentos a serem consumidos visando à obtenção de todos os nutrientes necessários e à quantidade certa de calorias. Como você pode ver a seguir, a pirâmide possui 4 níveis com 8 grandes grupos. Os alimentos dispostos na base da pirâmide devem ter uma participação maior no total de calorias da alimentação, enquanto os alimentos dispostos no topo da pirâmide devem contribuir com a menor parte das calorias de toda a alimentação.

RDC

Resolução da
Diretoria Colegiada.



**ATIVIDADE**

2. Na pirâmide alimentar, cada grupo de alimentos é fonte de nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo. Se o açúcar é um carboidrato e este nutriente compreende a principal fonte de energia para o organismo, por que se encontra no topo da pirâmide?

RESPOSTA COMENTADA

Embora seja um carboidrato, o açúcar branco refinado não possui outros nutrientes, e é denominado, por isso, caloria vazia. Por esse motivo, seu consumo deve ser moderado e outras fontes de carboidratos (cereais, pães, tubérculos e raízes) ocupam a base da pirâmide.



O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA, na sigla em inglês) divulgou uma nova pirâmide alimentar, para substituir a anterior (de 1992), que não se limita a apresentar as melhores combinações e porções dos grupos de alimentos, mas traz informações para uma vida mais saudável. No *site* <http://www.mypyramid.gov>, há *links* em que é possível ter uma indicação mais adequada de consumo calórico diário a partir de informações de dados pessoais como idade, sexo e quantidade de atividade física, por exemplo (MARINHO, 2005).

Desvios da nutrição normal: fome e obesidade

Em 7 de agosto de 2002, por ocasião da Rio +10 (Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Sustentável), o jornal *O Globo* publicou um encarte intitulado Planeta Terra, cujo título principal era: “O desafio de alimentar o mundo”. A estatística mundial da fome, salientada nesse material, é assustadora. Naquele momento, a estimativa era de que 800 milhões de pessoas passavam fome, 95% delas em países em desenvolvimento (JANSSEN, 2002). O tema se mantém atual e, no dia 2 de julho de 2005, roqueiros do mundo participando da série de concertos *Live 8*, em diferentes cidades, fizeram barulho visando pressionar os países mais ricos a ajudarem a África, onde milhões de pessoas passam fome. Como resultado, 26 milhões de pessoas no mundo inteiro assinaram um documento na Internet, no *site* dos roqueiros.

No Brasil, a desigualdade é alarmante: Janssen, em 2002, ressaltava que o Brasil ocupava o 1º lugar no *ranking* mundial de produção de açúcar, laranja e café, e que possuía o maior rebanho comercial bovino. Entretanto, o expressivo número de famintos variava em diversas estatísticas (23 milhões segundo o governo e 54 milhões de acordo com a Fundação Getulio Vargas). Em 2003, uma outra publicação do mesmo jornal ressaltava que o desperdício de comida chegava a 1,3% do PIB e que, segundo estudo da FAO/ OMS (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação), embora houvesse disponibilidade de 2.960 Kcal por dia (valor superior ao recomendado), cada brasileiro consumia, em média, apenas 1.659 calorias. A dificuldade de acesso era devida à falta de renda ou a fatores associados à pobreza (PEÑA & AGGEGE, 2003).

Este último artigo apresentava algumas iniciativas para combater o problema da fome. Com relação ao desperdício, o “Mesa São Paulo” é um exemplo de programa que, em 2003, recolhia 185 mil quilos de alimentos por mês (sobras de 453 empresas que iriam para o lixo) e os redistribuía para 376 entidades assistencialistas, atendendo uma estimativa de 56 mil pessoas. Mercados comunitários, cooperativas e acesso a novas tecnologias de cultivo de alimentos são formas de combater o problema. A agricultura orgânica, por exemplo, possibilita melhores condições de existência a pequenos produtores rurais.



Para maiores informações, consulte o site: <http://www.desnutricao.org.br/home.htm>.

Outra alternativa sugerida é a de incluir alimentos regionais na dieta para combater a fome. Estudos da Universidade de Brasília comprovaram o alto teor nutricional de verduras do cerrado como a beldroega, a serralha, o caruru e a taioba, ricas em carotenóides, que se convertem em vitamina A, uma das principais carências. O Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (Inpa) desenvolve um macarrão adicionado de 10% de farinha de peixe e 10% de farinha de pupunha, o qual possui 5% de proteína e 5% de lipídeo a mais do que o macarrão comum e teve boa aceitação por pré-escolares da região.

**ATIVIDADE**

3. Discuta a importância do Programa Nacional de Merenda Escolar (PNME) como forma de combate à desnutrição de escolares no Rio de Janeiro.

RESPOSTA COMENTADA

Você pode realizar essa atividade de várias formas. Uma sugestão é entrar em sites de busca como, por exemplo, www.google.com.br e buscar o PNME. Você poderá encontrar dados que referendam que este programa de alimentação é o maior e o mais antigo do país, existindo há 49 anos. Entretanto, como a merenda escolar é responsável pelo suprimento de 15% das necessidades nutricionais diárias das crianças que frequentam a escola e, para muitas delas, compreende a única refeição, as necessidades totais não são atendidas. Assim, o programa pode ter papel no combate à desnutrição, além da educação e da reeducação alimentar, mas muitas vezes, é apenas um paliativo para a fome.

Em dezembro de 2004, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou dados do mais completo levantamento sobre o consumo de alimentos na população adulta (acima de 20 anos) brasileira. Os resultados foram surpreendentes e alarmantes: fome e desnutrição em bolsões de miséria e obesidade em percentuais que aproximam o país das nações ricas. Observa-se, por meio desses resultados, que 40,6% da população adulta brasileira tem excesso de peso (38,5 milhões de brasileiros) e, destes, 11% (10,5 milhões) são obesos.

Para Fernando Gaiger, que participou dessa Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE, a elevada incidência de obesidade entre os mais pobres pode ser atribuída à maior ingestão de calorias vazias – pão, farinha e até cachaça – em alimentos baratos e com altos teores energéticos. O grande problema da obesidade é o fato de ser fator de risco para várias doenças tais como: diabetes (tipo 2), hipertensão, câncer, doenças cardiovasculares, além de reduzir a expectativa de vida em cerca de 7 anos, salienta o presidente da Associação Internacional

para o Estudo da Obesidade, Claude Bouchard (*apud* WESTIN, 2004). Ele ainda destaca a importância de salientar o ambiente obesogênico em que vivemos (tecnologia que diminui o gasto energético diário aliada a alimentos mais baratos, palatáveis, disponíveis e associados, inclusive pela mídia, ao prazer).

Andréa Galante ressalta a presença da má alimentação em todas as classes sociais e define a fome oculta:

É a baixa qualidade da dieta, onde podemos encontrar a carência de nutrientes essenciais à vida ou mesmo elementos presentes nos alimentos que previnam as doenças crônicas não transmissíveis. Um indivíduo pode ser obeso e ter a “fome oculta” (<http://www1.folha.uol.com.br/folha/colunas/nutricaoesau/ult696u169.shtml>).



A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Abeso) pode ser consultada, para maiores informações: <http://www.abeso.org.br>.

QUALIDADE DOS ALIMENTOS

Parece recorrente a idéia de que precisamos cada vez mais nos preocupar com a elaboração de uma dieta saudável. Entretanto, para tal, não basta a preocupação com a seleção de alimentos, mas sobretudo com sua qualidade. Alimentos contaminados podem ser relacionados a muitas doenças. Como exemplos, podemos associar a febre tifóide, hepatite e diarreias à água contaminada; o botulismo, a alimentos enlatados; a teníase, à carne contaminada e intoxicações graves, a peixes malconservados.

Uma pesquisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em parceria com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e as Vigilâncias Sanitárias estaduais, em 2004, alertou a população para a presença de contaminação por agrotóxicos. Alfaca, batata, maçã e banana tinham resíduos de pesticidas além do permitido. Morango e mamão, além desse problema, ainda apresentavam irregularidades associadas à contaminação por agrotóxicos não autorizados.

Embora seja difícil identificar a intoxicação por agrotóxicos na dieta por não causarem reações agudas, dentre os problemas associados a esse tipo de contaminação, podemos citar: a neutralização de vitaminas

e minerais no organismo, a possibilidade de desenvolvimento de doenças degenerativas, alergias, problemas imunológicos e hormonais (CLÉBICAR, 2004).

Uma outra questão refere-se aos alimentos industrializados, aos quais sempre são adicionados aditivos alimentares para melhorar a cor, o sabor, a textura e até para conservá-los. Embora existam aditivos naturais (sal, lecitina, por exemplo), a maioria é produzida em laboratório. Embora a indústria garanta sua inocuidade, a tartrazina amarela, por exemplo, já foi correlacionada com hiperatividade em crianças e há relatos de alergias desencadeadas por certos aditivos que alteram o comportamento de crianças (CARROLL & SMITH, 1998). A alternativa segura, segundo médicos e técnicos, é uma só: dar preferência a vegetais orgânicos.

Mesmo os vegetais orgânicos não são completamente isentos de agrotóxicos. Normalmente, uma pequena taxa é encontrada, devido, principalmente, às concentrações presentes na água utilizada para regar a colheita (carreia agrotóxicos utilizados em outras lavouras).

Um outro exemplo que vem sendo alvo de ampla discussão são os alimentos transgênicos que, sem dúvida, merecem maiores estudos antes de serem liberados em ampla escala. Na verdade, muitas vezes, esse é o principal problema: o desconhecimento acerca do risco. Um exemplo disso é o alerta da presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, Maria do Carmo Borges de Souza, em relação à água que vem sendo consumida por cariocas e fluminenses:

Os dados ainda são preliminares, mas o que estamos observando é que a presença de metais pesados no rio Paraíba do Sul, responsável pelo abastecimento de 80% do município do Rio de Janeiro, pode afetar a fertilidade da população, o que é um problema grave (VALENTE, 2005).

As plantas transgênicas, também denominadas organismos geneticamente modificados (OGM), têm sido alvo de avaliações opostas: se, de um lado, acredita-se que possam resolver problemas contemporâneos como fome e má nutrição, por exemplo, de outro, são entendidas como ameaça ao equilíbrio dos ecossistemas e à segurança alimentar dos pequenos produtores e à qualidade alimentar dos consumidores, sem contar as questões políticas envolvidas. Uma discussão bastante abrangente é apresentada no livro *Transgênicos, recursos genéticos e segurança alimentar: o que está em jogo nos debates?*, de Lavinia Pessanha & John Wilkinson (Armazém do Ipê, 2005).



ATIVIDADE

4. Com muita facilidade, os alimentos sofrem alterações que os tornam impróprios para o consumo. É imprescindível que sejam armazenados e manipulados de forma a prevenir contaminações e manter suas características originais. Os profissionais responsáveis por preparar refeições devem seguir uma série de normas visando à conservação dos alimentos. Faça uma pequena pesquisa sobre as normas para manipulação de alimentos nas escolas. Em seguida, visite a cantina de uma escola e anote as regras de higiene dos alimentos que você observar. Caso observe alguma irregularidade, registre-a também.

RESPOSTA COMENTADA

Você pode realizar a pesquisa de diversas formas. Pode buscar na Internet ou na Secretaria de Educação de seu município, caso haja um órgão responsável pela orientação e fiscalização da merenda. No Rio de Janeiro, existe o Instituto de Nutrição Annes Dias. Na escola que você visitou, é possível encontrar as mais diversas situações. Entretanto, algumas regras, por serem mais comumente encontradas, podem ser ressaltadas aqui: lavar bem as mãos e os utensílios, especialmente depois de manipular carne crua; lavar frutas e verduras em água corrente fria; guardar carne e peixes na parte mais fria do refrigerador; usar aventais limpos e prender os cabelos com touca. Como irregularidades, também comuns, pode ser que você observe a lata de lixo destampada ou no interior da cozinha, próxima a alimentos que estão em fase de preparo. Além disso, panelas destampadas, vegetais descascados para serem cozidos apenas no dia seguinte e pessoas com anéis e unhas compridas e pintadas, sem luvas, são exemplos de irregularidades que podem vir a comprometer a conservação e a qualidade dos alimentos preparados.

CONCLUSÃO

Andréa Galante (2005) afirma que, há 15 anos, quando se falava de alimentos e nutrientes, pensava-se em carências nutricionais, desnutrição e pobreza. Hoje, sabemos que a má alimentação está presente em todas as classes sociais. No Brasil, país de desigualdades alarmantes, convivemos com a desnutrição das crianças e com a crescente obesidade em adultos, principalmente, mas não exclusivamente. Programas assistencialistas minimizam, sobretudo, a questão da fome imediata, mas a fome oculta, aquela que esconde a carência de nutrientes, mesmo em situação de excesso de peso, só será resolvida com vontade política e melhor distribuição de renda no nosso país. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) demonstraram que a “isenção de tributos sobre os alimentos reduziria a população indigente de 11 áreas urbanas brasileiras em 24%. E ainda em 7,1% o número de pobres dessas regiões” (RIBEIRO, 2005, p. 28).

Uma outra questão refere-se ao que comer. Todos sabemos o que comemos? Os alimentos são apenas fontes de nutrientes e calorias ou estão contaminados por agrotóxicos, impregnados de aditivos como a gordura hidrogenada, presente até no pão? Isso é saudável? Esses alimentos são adequados para o consumo? Como podemos optar pelos orgânicos, se são tão difíceis de serem encontrados e custam tão caro? Essas e outras questões merecem nossa especial atenção, e de outros profissionais também comprometidos com a saúde.

ATIVIDADE FINAL

Existem alguns mitos populares e conceitos equivocados acerca de alguns alimentos e sua influência na saúde. Muitos deles relacionam-se à supremacia do alimento industrializado em relação aos *in natura* (leite em pó é melhor do que o leite materno, por exemplo), sem comprovação científica e, no exemplo selecionado, um verdadeiro equívoco.

A seguir, encontram-se alguns desses mitos, sobre os quais provavelmente você terá de prestar esclarecimentos em suas aulas de Ciências e/ou Biologia. Faça uma pequena pesquisa e comprove (ou não) os ditos populares.

MITOS	COMENTÁRIOS
1. Comer peixe torna a pessoa mais inteligente.	
2. O açúcar mascavo é mais saudável do que o branco.	
3. O espinafre torna as pessoas fortes.	

RESPOSTA COMENTADA

Uma pesquisa rápida deve ter permitido que você identificasse que a única alternativa viável é a de número 2, pois, como o açúcar mascavo é menos refinado do que o branco, ainda possui pequenas quantidades de vitaminas, sais minerais e fibras. Normalmente, os produtos não-refinados são mais saudáveis do que os refinados (CARROLL; SMITH, 1996).

Com relação ao item 1, o peixe não melhora o funcionamento do cérebro mais do que qualquer proteína. É possível que esse dito popular tenha sido desenvolvido para persuadir as crianças a comerem peixe, por ser um alimento altamente nutritivo, rico em proteínas, vitaminas e minerais e pobre em gorduras saturadas.

Quanto ao espinafre, o mito decorre do desejo dos pais de que as crianças comam verduras. O personagem Popeye, sem dúvida, contribuiu para isso, mas o espinafre, embora seja boa fonte de vitaminas A e C, ferro e cálcio, é equivalente a outras verduras. Um outro mito diz respeito ao teor de ferro do espinafre: “muito rico”. Ênio Moura (1993) salienta que, na verdade, há cerca de 2,2 mg de ferro em 100 gramas de espinafre. Menos do que o encontrado em quantidade equivalente de folhas de beterraba (aproximadamente 3,1 mg), de carne (3 mg, mais ou menos) ou de fígado de boi (6,6 mg ou mais). Aliás, outro mito refere-se à presença de ferro na beterraba. A quantidade ressaltada refere-se às folhas, ou seja, aquilo que a maioria das pessoas joga fora.

Com relação ao leite materno, ressaltado no enunciado, é o melhor alimento para o recém-nascido, provendo todas as suas necessidades nutricionais em quantidade e qualidade de nutrientes (água, proteínas, carboidratos, lipídios, minerais e vitaminas). Nos primeiros dias, o colostro, mais amarelo, é composto por imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD e IgE) que protegem contra infecções que possam penetrar via trato gastrointestinal.

Dentre os benefícios do aleitamento materno, estão: menor chance de alergias, infecções gastrointestinais, urinárias, respiratórias, incluindo meningites, pneumonias, bacteremias, otites e reduzindo a frequência de algumas doenças crônicas do sistema imunológico e alergia alimentar. Sua utilização vem sendo preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), para crianças menores de dois anos, como estratégia para combater

a mortalidade infantil e reduzir a desnutrição protéica-energética (BATTOCHIO, SANTOS; COELHO, 2003).

O leite materno exclusivo é recomendado nos primeiros 4 a 6 meses de vida, prática que, no Brasil, vem sendo atribuída à prevenção de mais de 6 milhões de mortes de crianças no primeiro ano de vida, a cada ano (Idem).



Para maiores informações a respeito de composição dos alimentos, você pode consultar o livro: *Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras*, de Ana Beatriz V. Pinheiro, Elisa Maria de A. Lacerda, Esther H. Benzecry, Marisa C. da S. Gomes e Verônica M. da Costa (Atheneu, 2005). Boas informações também estão disponíveis no site da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação – Oficina Regional para América Latina e Caribe (<http://www.rlc.fao.org/bases/alimento/busca.asp>), onde você poderá visualizar a *Tabela de Composição dos Alimentos da América Latina*.

RESUMO

Os conceitos de nutrição e alimentação, no que diz respeito às funções dos nutrientes e algumas regras para compor uma dieta saudável, ou seja, aquela que atende às necessidades nutricionais diárias em quantidade e qualidade de nutrientes são de grande importância. Assim sendo, todos os tipos de nutrientes devem estar presentes. Além disso, para a elaboração de uma dieta realmente saudável, devemos nos preocupar com a qualidade dos alimentos e com a maneira com que são preparados.

INFORMAÇÕES SOBRE A PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, discutiremos as diversas formas de violência, a exclusão social e o estresse.

Violência e estresse: a necessidade de uma cultura de paz

AULA 9

Metas da aula

Propor atividades e promover uma reflexão sobre a exclusão social, a violência urbana e rural, o estresse no mundo moderno e a necessidade de uma cultura de paz.

objetivos

Após o estudo do conteúdo desta aula, esperamos que você seja capaz de:

- Identificar as consequências da exclusão social, da violência (urbana e rural) e do estresse, justificando a necessidade de uma cultura de paz.
- Elaborar e desenvolver atividades de Educação e Saúde voltadas para alunos e professores da Educação Básica (ensino formal) e a comunidade em geral (ensino não-formal).

Pré-requisitos

Para uma melhor compreensão desta aula, é importante que você tenha realmente entendido o que significa ter saúde e as interfaces e interdependências que a saúde possui com todas as demais dimensões da vida humana: sociais, políticas, culturais, econômicas, educacionais, biológicas etc. Portanto, se ainda persiste alguma dúvida, releia as aulas anteriores antes de iniciar esta.

INTRODUÇÃO

Nesta aula, trabalharemos questões como a exclusão social, a violência, o estresse e a necessidade da implantação de uma cultura de paz no mundo, temas angustiantes que atingem todos os grupos e níveis sociais. Ninguém está livre da violência sob diferentes formas e intensidades. As causas de tanta violência e estresse no mundo contemporâneo certamente estão relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico adotado pela nossa sociedade, que, como um rolo compressor, passa sobre todos (principalmente os mais pobres), ocasionando exclusões, explorações, miséria, dores, mortes etc.

EXCLUSÃO SOCIAL: A EXPLORAÇÃO DO HOMEM PELO HOMEM

A exploração do homem pelo homem, infelizmente, não é nenhuma novidade. Através dos tempos podemos verificar que, em todas as civilizações e em todas as épocas, mesmo naquelas consideradas mais democráticas, indivíduos e grupos mais “fortes” sempre subjugaram, por meio da forma física, do poderio de armamentos ou do medo, outros indivíduos e sociedades.

A situação fica mais assustadora quando verificamos que, durante muito tempo, existiram leis, formas e regras de se avaliar e considerar quem era ou não humano dentro de um grupo de seres humanos, ou que seres eram mais ou menos superiores.

Aliás, de modo geral, os considerados menos humanos ou até mesmo não-humanos, os privados parcial ou totalmente de cidadania foram os mesmos em todos os tempos e em todas as civilizações: as crianças, as mulheres, os velhos, os negros, os homossexuais, os “doentes mentais”, os deficientes físicos, os pobres, os povos indígenas.

Embora existam muitos movimentos sociais e avanços na legislação, no sentido de garantir os direitos desses indivíduos e grupos, as mudanças e as conquistas são lentas. Isto porque, apesar de algumas dessas conquistas estarem garantidas por leis, muitas vezes ficam apenas “no papel”, não se concretizando de fato.

As mulheres, apesar de todos os avanços em direção à cidadania, continuam tendo os seus direitos mais no papel do que no seu dia-a-dia. O fato se agrava, quando são negras, pobres ou possuem algum tipo de deficiência. Rainha do lar, sexo frágil, inferiores intelectualmente, do lar, bonequinhas de luxo, domésticas (como se existissem as selvagens), filhinhas do papai são expressões, dentre outras muito menos dignas, atribuídas às mulheres e que demonstram algumas das formas de exclusão das mesmas.

Ainda hoje, muitas mulheres são mantidas como prisioneiras dentro de suas próprias residências e sem direito a emitir opiniões. Consideradas, por muitos, desqualificadas para a vida pública, as mulheres são menosprezadas devido a uma pretensa inferioridade física e mental.

O fato é que, apesar de as mulheres já terem percorrido um longo caminho de lutas, no sentido de reconhecimento de seus direitos e um lugar em nossa sociedade, muito ainda tem de ser feito.

As crianças, mesmo as das classes mais privilegiadas, não têm acesso a uma cidadania plena, mas ainda são reconhecidas como crianças, o que não acontece com as das classes mais pobres. Estas são chamadas de menores, meninos de rua, pivetes, moleques, carentes, trombadinhas, delinqüentes juvenis etc. Tudo isso faz com que esses indivíduos sofram marginalizações e, até mesmo, exclusões totais de seus direitos, na maioria das vezes, pelo único motivo de serem filhos de famílias das classes sociais pauperizadas.

Buscando dar proteção integral à criança e ao adolescente, foi assinado, em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu Artigo 4º, afirma:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL. Lei 8.069, 1990).

Lamentavelmente, muitos desses deveres ficam somente na lei ou são cumpridos parcialmente.

Já os idosos, depois de uma existência inteira de lutas, trabalho e sacrifícios, chegam ao final de suas vidas e são amparados muitas vezes por uma irrisória aposentadoria. Isso, no caso de alguns idosos que conseguiram trabalhar de acordo com as normas previdenciárias, pois o que acontece com uma grande maioria é que, devido a uma série de acontecimentos (trabalho sem carteira assinada, trabalho em firmas fantasmas etc.), nem mesmo desse direito podem usufruir. Além do mais, como são velhos e, de acordo com o preconceito de muitos, "não servem para mais nada mesmo, a não ser para dar trabalho aos mais novos e incomodá-los com as suas intermináveis e repetitivas histórias do passado, por que perder tempo com eles"?

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso, tem sido um importante documento na luta que busca regular "os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos" (Artigo 1º). Assim:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

(...)

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento (BRASIL. Lei nº 10.741, 2003).

Uma pena que, muitas vezes, os maiores desrespeitos aos idosos ocorrem dentro de suas próprias residências e por ação de parentes mais jovens, como filhos e netos.

Os negros, apesar de todo o discurso de igualdade e de uma dita inexistência de racismo no país, ainda sofrem muito com a discriminação racial. Aliás, o que mais atrapalha, conforme afirmava Herbert de Souza, o Betinho, é justamente esse discurso por meio do qual se diz que não há racismo no país, pois, não sendo esse fato assumido explicitamente, fica o seu combate muito difícil. É possível constatar, então, que:

A sociedade brasileira se comporta como um menino pego em flagrante. A grande astúcia do racismo está exatamente na negação de sua própria existência. Se o Brasil encarasse a questão do racismo, todos nós seríamos obrigados a nos ver no espelho. E a mudar as relações que nós estabelecemos (SOUZA, 1994, p. 28).

A Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997, alterou os artigos 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, determinando que:

Art. 1º Os arts. 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º Serão punidos, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.

Art. 20. Praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.

Pena: reclusão de um a três anos e multa (BRASIL. Lei nº 9.459, 1997).

Transformar esta realidade dolorosa e fria da discriminação e do preconceito em imagens poéticas e críticas tem sido o trabalho de muitos compositores, atores e poetas, que buscam, assim, chamar a atenção para os graves problemas existentes. Uma mostra disso é a música “Haiti”, de Caetano Veloso e Gilberto Gil, cujo trecho a seguir dispensa qualquer comentário:

Quando você for convidado pra subir no adro
Da fundação casa de Jorge Amado
Pra ver do alto a fila de soldados, quase todos pretos
Dando porrada na nuca de malandros pretos
De ladrões mulatos e outros quase brancos
Tratados como pretos

Só pra mostrar aos outros quase pretos
(E são quase todos pretos)
E aos quase brancos pobres como pretos
Como é que pretos, pobres e mulatos
E quase brancos quase pretos de tão pobres são tratados.

Quanto aos “doentes mentais” e aos portadores de necessidades especiais, estes sempre tiveram o seu lugar nas famílias e na sociedade: um quarto isolado nas habitações, as áreas dos fundos das casas, subempregos, os hospitais, os asilos, os hospícios, casas em outras cidades ou, ainda pior, a rua.

As residências e as escolas, assim como a maioria das instituições existentes, não têm lugar para eles, apesar de haver uma concordância, é obvio, de que todos são iguais perante a Lei e têm os mesmos direitos. Lamentável, então, que “alguns iguais” sejam tratados tão diferentemente.

Pobres, desvalidos, “descamisados”, sem-terras, carentes, sem nada, despossuídos, “sem eira nem beira”, desprovidos de sorte, de baixa renda. Quantas denominações para o que na verdade representa o resultado da exploração, do flagelo de seres humanos por outros seres humanos!

Morando na periferia das cidades (cada vez mais distante do centro urbano), em áreas de risco (encostas e margens de rios) ou até mesmo nas praças, no alto de árvores, sob e sobre viadutos, dentro de túneis, manilhas e sob as marquises nas calçadas, pessoas e até mesmo famílias inteiras vivem, ou melhor, sobrevivem em condições desumanas.

Quantas vidas envolvidas pela dor, pela miséria, pela fome de comida, de afeto, de respeito e de solidariedade!

Todos esses indivíduos e grupos citados anteriormente (mulheres, idosos, populações negras etc.), ao serem marginalizados por uma sociedade excludente, acabam perdendo a dimensão social da saúde e, conseqüentemente, deixam de ter saúde, pois, conforme já foi dito, ela só existe quando todas as suas dimensões são contempladas. Triste, não?

Mas, já que falamos em fome, que tal, antes de fazer a Atividade 1, você descansar um pouco, beber um copo d’água e fazer um lanchinho? Lembre-se de que uma fruta sempre é uma boa opção.

**ATIVIDADE**

1. Existe uma frase, repetida muitas vezes pelo povo, que diz o seguinte:

Todos são iguais perante a Lei, só que alguns são mais iguais.

Você já ouviu esta frase ou outra semelhante?

Como você relaciona esta frase com o texto que acabou de ler sobre exclusão social?

RESPOSTA COMENTADA

Provavelmente, você já deve ter ouvido esta ou outras frases parecidas com a transcrita. Caso ainda não tenha ouvido, não se preocupe, mas passe a ficar mais atento porque, infelizmente, qualquer dia desses, você irá ouvi-la.

Quanto à relação pedida nesta atividade, você não deve ter tido dificuldade de perceber que o povo, ao falar “dos mais iguais”, está se referindo aos que possuem mais dinheiro ou relevância social, e que estes acabam sempre sendo privilegiados em detrimento dos “menos iguais”, ou seja, dos mais pobres, dos que têm pouco ou nenhum prestígio social.

Lembre-se de que este tipo de discussão pode ser realizado com seus alunos, quando você estiver lecionando. Também pode ser trabalhado com diferentes grupos comunitários.

VIOLÊNCIA

Chamamos de violência qualquer forma de constrangimento físico ou social a que são submetidos grupos ou indivíduos.

As formas de violência são muitas e apresentam intensidades e características variadas: assaltos, seqüestros, assassinados, xingamentos, injúrias, agressões, morte etc.

No entanto, as mais difíceis de serem percebidas e combatidas são aquelas que, pela sua sutileza ou aparente falta de importância, passam como sendo naturais, banais e, portanto, acabam se tornando parte do nosso dia-a-dia.

Expressões como:



Estas e outras expressões semelhantes são habitualmente faladas e ouvidas e demonstram a nossa aceitação e, principalmente, a nossa omissão frente a problemas que normalmente são graves, e que mereceriam uma atenção maior.

Violência urbana

Pobreza, violência e morte. A associação entre a pobreza e a violência passou a ser considerada tão natural que, nas médias e grandes cidades, ninguém mais se espanta ou se questiona por que isso acontece. Assim:

Indiferentes aos problemas enfrentados por uma grande parte da população, os que ainda comem, os que ainda têm trabalho, os que ainda têm casa, convivem muitas vezes lado a lado com a miséria, separados apenas por uma tênue distância que pode ser tanto o outro lado da rua (...) como os insignificantes vidros de um carro (CADEI, 1995).

Mudar de bairro ou de cidade, viver em condomínios fechados e protegidos por filmadoras e seguranças cada vez mais armados, blindar a lataria dos automóveis, erguer cercas eletrificadas, fechar os vidros dos carros ou, simplesmente, olhar para o lado a fim de não ver a miséria que nos rodeia. Tudo isso pode até resolver o problema naquele instante, mas de nada adiantará a médio prazo tanto para os grupos mais favorecidos como para as populações que vivem na pobreza, na indigência.

Trânsito intenso, barulho, poluição, furtos, assaltos à mão armada, “arrastões” nas praias, seqüestros, roubos de carro, invasão de casas e apartamentos, tiroteios, estupros e morte! São tantas ameaças

e ocorrências de agressões que, a cada dia que passa, vai ficando mais difícil encontrar um lugar tranquilo e seguro nas grandes cidades.

A violência anda solta e parece espreitar os habitantes em cada esquina, em cada curva do caminho ou sinal luminoso. O pior de tudo isso é que a violência não atinge somente os mais favorecidos economicamente. Atualmente, ela atinge a todos os grupos sociais.

Os mais ricos ainda tentam se defender usando carros blindados, contratando agentes de segurança, colocando circuitos fechados de televisão, morando em áreas mais seguras. Os mais pobres, no entanto, não conseguem ter acesso a esses recursos, só restando a estes enfrentar a vida com o “peito aberto e desprotegido”. Além do mais, como vivem nas áreas mais pobres e seus filhos estão mais expostos às ações dos grupos marginais, aumenta a possibilidade de serem aliciados por traficantes de drogas para fazerem parte de suas quadrilhas.

O resultado disso é facilmente visto nos jornais. Todos os dias, jovens criminosos, ligados, principalmente, ao narcotráfico, estão sendo mortos por ações de policiais ou de marginais de grupos rivais ou até do mesmo grupo (queima de arquivo). Embora os jovens de classe média e alta também sejam assassinados devido a assaltos, seqüestros ou por dívidas não pagas relativas à compra de drogas, o número de jovens das classes mais pobres assassinados todos os dias devido à associação direta ao crime organizado é muito maior.

Negar a existência dessa realidade dolorosa e violenta em nada contribui para a sua mudança, ao contrário, parece até reforçá-la. Precisa-se mesmo é de muita luta e uma mudança profunda e radical para que todos tenham pelo menos os direitos básicos da cidadania.

Violência no campo

Quem ainda imagina o campo como um lugar calmo e tranquilo, sem nenhuma violência, certamente nunca prestou muita atenção nos noticiários do jornal ou visitou localidades rurais.

É óbvio que, comparadas com as grandes cidades, muitas localidades do interior são verdadeiros paraísos. No entanto, prestando bastante atenção, é possível verificar que sob a aparente calma há muitas vezes dor, opressão e, portanto, violência, que nem sempre é tão explícita como nas grandes cidades, mas que nem por isso é menos grave.

Uma das grandes formas de violência no campo é a existência de grandes propriedades (na maioria das vezes improdutiva) nas mãos de alguns, enquanto milhares de trabalhadores rurais não têm acesso a um pedaço de terra para plantar.

Você deve estar pensando: “Mas se as terras têm um dono, seria justo dá-las para outros?” Se você se lembrar um pouco das aulas de História do Brasil, certamente irá recordar que esses latifúndios tiveram origem na forma como o governo português, no início da colonização do Brasil, tomou as terras das populações indígenas (seus verdadeiros donos), dividiu (capitanias hereditárias) e as distribuiu entre os nobres. A solução para isso seria a **REFORMA AGRÁRIA**, porém, os atuais latifundiários não aceitam mudanças, pois querem manter os privilégios que herdaram de seus ancestrais. Enquanto a reforma agrária não acontece de fato, a injustiça, a miséria, a fome, as doenças, a violência e o atraso social são semeados pelos campos, brotando com facilidade e crescendo em todas as áreas rurais do país.

Muitas vezes ocorrem confrontos, e neles os mais pobres, os “sem-terras”, são quase sempre os que mais sofrem ou são assassinados friamente. O texto a seguir mostra claramente isso:

REFORMA AGRÁRIA

“Revisão da estrutura agrária dum país com vista à distribuição mais equitativa da terra e da renda agrícola, mediante modificações no regime de sua posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social e ao aumento da produtividade” (FERREIRA).

As muitas Anapus do Brasil

Um mapa atualizado da violência no campo, obtido pelo *Globo*, revela que ano passado quase dois milhões de brasileiros (385.899 famílias de áreas rurais) estiveram envolvidos diretamente em 1.543 conflitos no campo, segundo dados da Comissão Pastoral da Terra (CPT). Os números mostram uma nova geografia da violência rural no país, que avança para o cerrado, e revelam que, assim como o caldeirão de Anapu, no Pará, que resultou no assassinato da missionária Dorothy Stang há 16 dias, há diversas outras áreas sob ameaça de conflito. *O Globo*, 27/2/2005.

No estado do Rio de Janeiro, embora os conflitos existentes sejam menos intensos e visíveis, a situação não é diferente. É na região norte do estado que encontramos a maior concentração de latifúndios, o maior número de sem-terras e, logicamente, o maior número de conflitos.

A fala da ministra Marina Silva, transcrita por Jamile Chequer no texto *Marcas da luta pela terra* e disponível no site <<http://www.ibase.br/pubibase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=989&tpl=printerview&sid=180>>, descreve a situação no Rio de Janeiro:

(...) a região fluminense onde existe maior concentração de terra e de sem-terra é o norte do estado: Campos, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Itaperuna, Bom Jesus. E revela que essa é também a região mais pobre do estado. (...)

O estado do Rio tem tradição em lutas pela terra. Ela lembra que as organizações camponesas, em especial, sempre fizeram um forte trabalho, tanto no norte do estado quanto na Baixada Fluminense.

(...) Os dados revelados por Marina mostram que hoje, na região Norte, existem 11 áreas ocupadas, três assentamentos com cerca de 700 famílias e oito acampamentos com cerca de 1.500 famílias. No estado todo são 5 mil famílias acampadas e 27 acampamentos. “O Rio tem 70 mil famílias sem-terra”, conta ela.

O Rio também têm conflitos de terras relacionados à população quilombola e indígena. “Uma das grandes plataformas de luta do movimento é a demarcação de terras desses povos, não só no estado, mas no Brasil todo”, revela Marina (CHEQUER, 2005).

Como você está vendo, a situação é bastante grave e delicada. A vida nos assentamentos é muito difícil (falta de saneamento básico, moradias improvisadas, embates com a polícia, conflitos com os donos das terras etc.) e acaba, de modo direto ou indireto, influenciando na qualidade de vida e na saúde dessas populações.



ATIVIDADE

2. Leia o texto a seguir:

Sem-terra morre no Rio de Janeiro Morte de Sem-terra no Rio de Janeiro

Sem-terra é assassinado no Rio

4/7/2005

Manuel dos Santos, trabalhador sem-terra do acampamento Oziel Alves, do MST, no município de Campos, norte do estado do Rio, foi assassinado hoje por volta de meio-dia.

Pai de quatro filhos, Santos foi executado com um tiro a queima-roupa na cabeça, na estrada da fazenda Flora. A polícia investiga o crime. O Incra lançou nota oficial sobre o assunto (...), na qual afirma o interesse em desapropriar as terras, temendo que prevaleça a violência no ato de reintegração de posse.

O acampamento Oziel Alves está há cinco anos em terras do complexo de sete fazendas da falida Usina Açucareira Cambayba. No mesmo local, existe ainda o acampamento Mário Lago, onde a Polícia Federal comandou operação de despejo na última quinta-feira (30/6). Por autorização do juiz que concedeu a Reintegração de Posse, Marcelo Luzzio, da 1ª Vara Federal de Campos, deu-se um prazo de cinco dias para a saída das famílias.

Mesmo após a concessão do prazo, o clima continua tenso. Lideranças dos acampamentos denunciavam que a polícia cercou as duas áreas, desde sexta-feira, para identificar e isolar as lideranças para desorganizar a resistência das famílias.

a. Você tem notícias da ocorrência de lutas sobre a posse de terras no município onde vive?

() Não.

() Sim. O que sabe?

RESPOSTA COMENTADA

Se a sua resposta foi não, você precisa ficar mais atento, pois essa situação está presente em praticamente todas as cidades do estado do Rio de Janeiro. Muitas vezes, não se caracterizam exatamente como acampamentos, mas como invasões de espaços, construção de barracos e casas improvisadas. Se você já teve notícias de invasões e lutas pela posse de terras, tente saber, se possível, os dois lados da história, pois existem muitos grupos que se "fantasiam" de sem-terra para tomar posse de propriedades e, com isso, atrapalham as justas lutas pela reforma agrária.

b. Você acha que a Educação e Saúde pode contribuir para diminuir a violência no campo e na cidade?

RESPOSTA COMENTADA

Se acha que não pode contribuir, você está equivocado. É claro que a Educação e Saúde sozinha não dá conta de um problema tão antigo e tão grave quanto esse. No entanto, ela poderá contribuir, discutindo as diferentes opiniões sobre os acontecimentos, orientando as populações que vivem nos acampamentos na busca por melhores condições de existência e por qualidade de vida e formando agentes de saúde que possam agir nos acampamentos.

ESTRESSE NO MUNDO MODERNO

Manhã, tarde, noite, madrugada, manhã...
Semana, mês, ano, década, século, milênio...
Trabalho, trem, ônibus, metrô, barca...
Emprego, desemprego, férias, trabalho, escola, estudo, concurso...
Doença, saúde, guerra, violência, dor, paz, alegria, medo...
Computador, telefone, jornais, televisão, imagens, notícias...

Vivemos num mundo tão violento, inconstante, veloz e efêmero, que as emoções, as experiências e as sensações se misturam o tempo todo. Estas são substituídas tão incessantemente que acabamos ficando atordoados, confusos e paralisados.

Hoje, habitamos não mais o planeta Terra, mas o planeta “Incerteza”, “Miniatura”, “Descartável”, “Velocidade”, “Efêmero”, onde o “novo” pode durar apenas alguns segundos, pois, em seguida, já estará obsoleto, podendo ser substituído por algo mais requintado, bonito, miniaturizado, rápido, leve.

O mais lamentável e absurdo é que não são apenas as construções, os equipamentos e os objetos construídos pelos homens que adquirem essas propriedades. As pessoas e o meio ambiente também são permeados por essas características, adquirindo, assim, a mesma fluidez e descartabilidade dos demais elementos. Com isso, é impossível manter o equilíbrio do nosso organismo (homeostase).

Velocidade, aceleração constante, mudança, vazio, nada... A vida se organiza, desorganiza, reorganiza. Simples passageiro e não piloto de uma viagem cuja rota não foi por ele escolhida, o homem, que deveria ser o autor de sua história, é esvaziado desse poder que lhe escapa das mãos de modo sutil. Vejamos o que diz a citação seguinte a esse respeito:

Nas cidades do capitalismo que desarruma e arruma, tira do lugar e retorna ao mesmo ponto, cria questões e as responde, produz falta, preenche e depois esvazia, que desmancha e petrifica, desterritorializando, produzindo medo, os anjos ficam bem distantes, ao longe, observando a cidade dos destinos que já chegam prontos (BAPTISTA, 1997).

Diante disso tudo, não podemos estranhar que nas últimas décadas a palavra “estresse” tenha sido tão pronunciada por profissionais da área da saúde e pela população em geral.

O modo como vivemos, as pressões, medos, violências e angústias a que somos submetidos diariamente nos fazem perder o equilíbrio físico, mental e social e desenvolver uma série de doenças.

De acordo com a psicóloga clínica Francisca Sampaio Leão, Diretora-presidente do Instituto de Medicina e Psicologia Integradas (IMPI), localizado em Brasília, o estresse pode ser definido como:

um conjunto de alterações físicas, fisiológicas e bioquímicas em resposta a uma situação de perigo, identificadas pelo nosso cérebro.

Diante do perigo iminente, o coração se acelera, os pêlos se eriçam, a respiração fica alterada, os músculos tornam-se rígidos e tensos, a taxa de açúcar no sangue se eleva, a força e a agressividade aumentam. Ficamos numa situação de alerta e nos preparamos para agir (luta ou fuga). Após o combate ou a fuga, relaxamos.

Quando não agimos, os hormônios continuam a ser liberados, podendo nos levar ao stress patológico ou crônico, causando danos ao nosso organismo, como por exemplo, a baixa no sistema imunológico e, em consequência, doenças (LEÃO, 2005).

O estresse a que estamos sendo submetidos constantemente pode vir a ocasionar diferentes sintomas e doenças: enxaquecas, dores musculares, hipertensão arterial, fadiga, depressão, insônia, acidentes vasculares cerebrais etc.

Mas, se esses sintomas são ocasionados pelo estresse decorrente do estilo de vida adotado pela atual sociedade, o que podemos fazer para viver melhor?

O ideal seria mudar tudo, mas já que não podemos fazer isso, que tal tentar mudar alguma coisa em nossas vidas? Isso mesmo, que tal tentar uma vida mais equilibrada?

- Substitua alimentos e bebidas estimulantes por alimentos de fácil digestão e que não aumentem a excitabilidade do organismo. Por exemplo, diminua o consumo de café.

- Durma, sempre que possível, durante pelo menos oito horas.
- Pratique diariamente exercícios físicos adequados a sua faixa etária e as suas condições físicas.

- Realize atividades de relaxamento, alongamento dos músculos e meditação.

- Organize o seu tempo de modo a incluir horários para as refeições, descanso e lazer.

- Evite, na medida do possível, pessoas, situações e ambientes estressantes.

- Tire férias regularmente.
- Evite viver no passado e no futuro; tente viver o tempo presente.

- Aprenda a dizer não.

- Aceite que cada um tem os seus limites e possibilidades.

A adoção desses procedimentos pode parecer difícil, mas certamente os resultados irão compensar e você terá mais saúde.

Que tal agora, para não estressar, você descansar um pouco, alongar os braços e pernas e fazer um intervalo antes de realizar a próxima atividade?



ATIVIDADE

3. Descreva três situações do seu dia-a-dia que causem estresse. Pense e escreva o que você poderia fazer para evitar a situação ou diminuir o estresse dela decorrente.

Situação estressante	Como evitar ou diminuir o estresse

RESPOSTA COMENTADA

São muitas as situações capazes de produzir estresse, e elas podem variar de pessoa para pessoa, uma vez que a classificação de uma situação como estressante depende da experiência e da percepção de cada indivíduo ou grupo, podendo também variar de acordo com o espaço. Desse modo, uma situação considerada estressante numa determinada época ou sociedade pode ser considerada normal em outra época ou sociedade.

Para evitar ou diminuir o estresse provocado pelas situações que você identificou, leve em consideração as orientações existentes no texto ou inclua outras que você considere necessárias.

PAZ: SONHO OU REALIDADE A SER CONSTRUÍDA?

Paz! Palavra tão pequena, com tão poucas letras, mas tão imensa em significado. Todos a querem! Todos a buscam! Porém, poucos conseguem descobri-la, construí-la e alcançá-la! E o mais contraditório de tudo isso é que muitas vezes a paz está tão acessível, tão próxima, que sequer a percebemos.

Em busca da tão sonhada paz, em 1995, os Estados-membros que compõem a Unesco decidiram direcionar todos os esforços e recursos em direção ao que se denominou Programa Cultura de Paz. Assim:

A Cultura de Paz é a Paz em ação; é o respeito aos direitos humanos no dia-a-dia; é um poder gerado por um triângulo interativo de paz, desenvolvimento e democracia. Enquanto cultura de vida trata-se de tornar diferentes indivíduos capazes de viverem juntos, de criarem um novo sentido de compartilhar, ouvir e zelar uns pelos outros, e de assumir responsabilidade por sua participação numa sociedade democrática que luta contra a pobreza e a exclusão; ao mesmo tempo em que garante igualdade política, equidade social e diversidade cultural (COMITÊ, 2005).

Em 2000, ganhadores do Prêmio Nobel da Paz elaboraram O Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência, que colheu assinaturas no mundo inteiro. Quanto à Unesco (2005), pode-se observar que:

A Cultura de Paz está intrinsecamente relacionada à prevenção e à resolução não-violenta dos conflitos.

É uma cultura baseada num conjunto de valores e compromissos com:

- o respeito a todos os direitos individuais e humanos;
- a promoção e a vivência do respeito à vida e à dignidade de cada pessoa sem discriminação ou preconceito;
- a rejeição a qualquer forma de violência;
- o respeito à liberdade de expressão e à diversidade cultural por meio do diálogo, da compreensão e do exercício do pluralismo;
- a prática do consumo responsável respeitando-se todas as formas de vida do planeta;
- a tolerância e a solidariedade;
- o empenho na prevenção de conflitos, resolvendo-os em suas fontes (que englobam novas ameaças não-militares para a paz e para a segurança como exclusão, pobreza extrema e degradação ambiental).

Se você está pensando que a Cultura de Paz só diz respeito aos políticos e governantes, está enganado. Ela deve ser entendida como “um processo, uma prática cotidiana que exige o envolvimento de todos: cidadãos, famílias, comunidades, sociedades e países” (UNESCO, 2005).

Portanto, como cidadão e futuro professor, faça a sua parte, principalmente em relação às crianças, as que mais sofrem com as injustiças sociais e as mais diversas formas de violência. A situação é tão grave no mundo inteiro que a Unesco determinou que o período de 2001-2010 fosse considerado a Década Internacional da Cultura de Paz e Não-Violência para as Crianças do Mundo.

CONCLUSÃO

Nesta aula, trabalhamos com os conceitos e questões relacionados à exclusão social, à violência, ao estresse e à necessidade da implantação de uma cultura de paz no mundo. São questões angustiantes que atingem todos os grupos e níveis sociais. Ninguém está livre da violência que, nas mais diferentes formas e intensidades, atinge a todos. As causas de tanta exclusão, violência e estresse no mundo contemporâneo certamente estão relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico adotado pela nossa sociedade, que, como um rolo compressor, passa sobre todos (principalmente os mais pobres), ocasionando perturbações, explorações,

miséria, dores, doenças e mortes. Podemos concluir que a solução para isto tudo está na implantação de uma cultura de paz que deve ser buscada e desenvolvida por indivíduos, sociedades e governos.

ATIVIDADE FINAL

Para a realização desta atividade, você terá de consultar três edições de um jornal local/ regional, caso resida em uma cidade do interior. Caso resida na cidade do Rio de Janeiro ou em outro grande centro, e tenha de utilizar um jornal de grande circulação, consulte apenas a parte relacionada à sua região.

Leia o jornal e preencha o quadro a seguir:

Jornal escolhido: _____			
Notícias sobre:	Data:	Data:	Data:
Exclusão/ violência com crianças e adolescentes.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Exclusão/ violência com mulheres.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Exclusão/ violência com idosos.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Exclusão/ violência com diferentes grupos étnicos.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Exclusão/ violência com populações pobres.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Assassinatos relacionados com o crime organizado.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?
Lutas pela posse e uso de terras.	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?	() Não. () Sim. Quantas notícias?

Considerando as notícias sobre exclusão e violência lidas no jornal, escolha uma e explique de que modo você, como futuro professor, pode contribuir para diminuir o problema.

COMENTÁRIO

Lamentavelmente, mesmo sendo um jornal local ou regional, acreditamos que você encontrará registros de praticamente todas as formas de violência existentes no quadro. Provavelmente, o número de ocorrências é que deverá ser menor. Embora essas questões sejam muito amplas e de difícil solução, sempre há alguma forma de contribuir para minimizar o problema. Como professor, você terá acesso a muitas crianças, adolescentes e até mesmo adultos. Portanto, mesmo que você não possa agir diretamente sobre a situação que escolheu, lembre-se de que a informação e a denúncia de situações degradantes e violentas já ajuda na busca por soluções definitivas.

RESUMO

A exploração do homem pelo homem, infelizmente, não é nenhuma novidade. Através da História, podemos verificar que, em todas as civilizações e em todas as épocas, mesmo naquelas consideradas mais democráticas, indivíduos e grupos mais “fortes” sempre subjugaram, por meio da forma física, do poderio de armamentos ou do medo, outros indivíduos e sociedades. Na nossa sociedade, existem alguns grupos que sofrem mais com a exclusão social: mulheres, crianças, negros, idosos, doentes mentais e populações empobrecidas. A violência espalha-se tanto no campo quanto nas grandes cidades. Assaltos, agressões, tiroteios, assassinatos em decorrência principalmente do narcotráfico e lutas pela posse e uso de terras

transformam o dia-a-dia de muitas famílias em verdadeiros infernos. O estresse decorrente de uma série de situações degradantes e injustas altera a saúde e o bem-estar de indivíduos e grupos. A saída é a participação de todos na construção de uma cultura de paz.

INFORMAÇÃO SOBRE A PRÓXIMA AULA

Em nossa próxima aula, discutiremos um tema que vai dar o que falar: sexualidade e responsabilidade.

Sexualidade e responsabilidade

Meta da aula

Abordar questões relativas à sexualidade e ao prazer, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e métodos contraceptivos.

Esperamos que, após o estudo do conteúdo desta aula, você seja capaz de:

- Apontar situações que ilustrem mecanismos de conformação dos corpos, especialmente das mulheres, nas sociedades atuais.
- Discutir a importância da utilização de preservativos como forma de promoção da saúde reprodutiva e de prevenção de DSTs e Aids.
- Propor e discutir atividades sobre sexualidade voltadas para alunos e professores da Educação Básica.
- Comparar pesquisas apresentadas sobre sexualidade.

Pré-requisito

Para que você encontre maior facilidade na compreensão desta aula, é importante que retome conceitos de medicalização social vistos na Aula 2 do Módulo 1 desta disciplina.

INTRODUÇÃO

Nesta aula, apresentaremos algumas pesquisas sobre sexualidade no Brasil. A importância de discussões mais amplas, que fujam do caráter apenas biologizante dessa questão, também será apontada. Mais do que apresentar conceitos, encerrando discussões, esta aula pretende levantar temas que possibilitam abordagens múltiplas e diversas. Vamos lá?

SEXUALIDADE

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) – Orientação Sexual ressaltam que as manifestações da sexualidade afloram em todas as faixas etárias. Muitos profissionais, ainda hoje, entretanto, acreditam que a sexualidade é assunto para ser tratado apenas pela família. E, na prática, é nesse espaço privado que a criança inicia a construção e a expressão da sua sexualidade. Mesmo quando o assunto não é discutido abertamente, a criança e o adolescente apreendem valores associados à sexualidade por meio do próprio comportamento dos pais, da relação com eles e com os outros filhos e também nas expressões, gestos, proibições e no tipo de “cuidados” recomendados.



Em 1968, um projeto de lei propunha a inclusão obrigatória da educação sexual nos currículos das escolas. Em 1970, por meio de um pronunciamento da Comissão Nacional de Moral e Civismo, a educação sexual formal nas escolas foi extinta, de modo que, em 1976, a família, segundo a própria posição oficial naquele momento, era a responsável por essa temática. Às escolas, entretanto, cabia a decisão de inseri-la (ou não) na disciplina Programas de Saúde (ALTMANN, 2001).

Em contrapartida, outros agentes sociais e estímulos fazem parte desse processo de construção da sexualidade, permitindo a incorporação de conceitos, idéias e, ao mesmo tempo, de tabus, preconceitos e estereótipos. A mídia também exerce papel significativo, veiculando conceitos e moldando comportamentos. A escola interfere por meio da transmissão de valores e até do tipo de relações estabelecidas no cotidiano escolar.

Helena Altmann (2001) alerta que a sexualidade está na “ordem do dia” da escola. Para a autora, o tema ultrapassa fronteiras – tanto disciplinares quanto de gênero. Invade diversos espaços escolares, permeia conversas entre alunos e alunas e também entre estes e diferentes

especialistas da escola. Esse tema pode ser encontrado em livros didáticos, músicas, danças e brincadeiras. Altmann ainda ressalta que atualmente a sexualidade é vista como um problema de saúde pública, e a escola é um local privilegiado para a implementação de políticas públicas, visando à promoção da saúde de crianças e adolescentes.

Sobre esse aspecto, os PCN (BRASIL. MEC. PCN, 1997, p. 293) ressaltam as contribuições da Orientação Sexual na escola: é um dos fatores que possibilitam a realização de ações preventivas das **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS** de forma eficaz. Além disso, contribui para o conhecimento e a valorização dos direitos sexuais e reprodutivos, ou seja, a possibilidade de homens e mulheres decidirem acerca de sua fertilidade, saúde reprodutiva e de ter ou não filhos, com base em informações e disponibilidade de recursos para implementar essas decisões.

A prevenção de problemas graves, como o abuso sexual e a gravidez indesejada, também podem se dar por meio do estímulo ao autocuidado, o qual permite o fortalecimento da auto-estima e a consequente inibição do submetimento ao outro. Um outro aspecto relevante diz respeito à discussão de questões polêmicas e delicadas (pornografia, masturbação, iniciação sexual, disfunções sexuais, “ficar” e namorar, homossexualidade, aborto, prostituição etc.), em uma perspectiva democrática e pluralista, visando a contribuir para “o bem-estar das crianças, dos adolescentes e dos jovens na vivência de sua sexualidade atual e futura” (BRASIL. MEC. PCN, 1997, p. 293).

Infelizmente, o próprio texto dos PCN alerta para o fato de que as escolas, especialmente na disciplina Ciências, quando discutem a reprodução humana, restringem-se a apresentar noções de anatomia e fisiologia do corpo humano, não incluindo a dimensão da sexualidade. Essa abordagem se detém exclusivamente no corpo biológico, desconsiderando ansiedades e curiosidades comuns das crianças e o interesse dos adolescentes.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

São doenças infecciosas transmitidas por meio do ato sexual (vaginal, anal ou oral) e que geralmente se manifestam nos órgãos sexuais masculinos e femininos. Os agentes infecciosos (bactérias, fungos, protozoários ou vírus) que ocasionam essas doenças são transmitidos de um parceiro para o outro por meio dos fluidos corporais (esperma, sangue, secreções vaginais etc.). As DST mais comuns são: AIDS; candidíase; gonorréia, hepatite B; herpes genital e sífilis. O uso de preservativos (masculinos e femininos) durante as relações sexuais é o método mais seguro para a redução do risco de transmissão dessas doenças.

ATIVIDADE

1. Leia o trecho a seguir, de Gilberto Scofield Jr., sobre a “última geração das mulheres de pés de lírio na China”, exposição fotográfica que registra a última geração dessas mulheres, todas com mais de 70 anos, representantes de uma cultura da beleza mutiladora.

A cultura dolorosa da beleza

A exposição fotográfica de maior sucesso na China hoje exhibe cenas impressionantes da chamada “body modification”, ou seja, o costume de alterar radicalmente o corpo em busca de uma nova estética. (...) Trata-se de algo bem mais real e doloroso e que chegou a ser feito por dois bilhões de mulheres chinesas ao longo dos últimos mil anos: a bandagem dos pés. (...) conhecidas como “pés pequenos” ou “pés de lírio” – quebravam quando jovens os ossos dos pés e os enfaixavam dobrando para dentro os dedos de modo que parassem de crescer. O pé pequeno era sinônimo de graça e beleza nas antigas sociedades chinesas. (...) “A última geração das mulheres de pés de lírio na China” impacta e confunde ao misturar imagens tocantes de idosas de pés minúsculos ornamentados por sapatinhos bordados (que mais parecem de bonecas) e o horror das imagens de raios X dos ossos quebrados e virados, a carne retorcida e ferida.

– Uma das coisas que mais impressiona é como esta mutilação ia aos poucos transformando as mulheres em deficientes físicas à medida que envelheciam, porque os pés pequenos já não tinham força e o corpo, equilíbrio para movimentar-se (SCOFIELD JUNIOR, 2005, p. 1).



Ao longo dos tempos, algumas sociedades impuseram padrões de comportamento e de estética, especialmente às mulheres. Faça uma pequena pesquisa, identificando outras situações (inclusive atuais) em que o corpo é modificado, visando a atender exigências estéticas das sociedades.

RESPOSTA COMENTADA

Você pode ter identificado diversas situações que se encaixam, ainda hoje, nessa situação de conformação dos corpos. Alguns exemplos podem ser os piercings, as tatuagens definitivas, e os diversos tipos de cirurgias plásticas, como lipoaspirações e mamoplastias – redutora ou de volume (diminuir e aumentar o volume dos seios, respectivamente) –, dentre outras, a que muitas vezes as mulheres, em especial, se vêem forçadas a realizar em nome de um padrão de beleza estereotipado (magreza e juventude). Outro exemplo é a mutilação da genitália feminina em países como Senegal, Mali, Iêmen e Omã.

OS JOVENS E A SEXUALIDADE NO BRASIL

A pesquisa *Juventudes e sexualidade*, realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) no Brasil, no período de 2000 a 2004, em 241 escolas (de treze capitais brasileiras e do Distrito Federal), verificou, por meio de questionários, opiniões de 16.422 adolescentes (10 – 24 anos), 4.532 responsáveis e 3.099 professores sobre temas como iniciação sexual, formas de afetividade, valores sobre sexualidade, métodos de contracepção, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, gravidez juvenil, violência sexual, discriminações e homofobia.

O estudo apresenta um diagnóstico surpreendente e preocupante da realidade dos jovens brasileiros. Se, por um lado, demonstra aspectos positivos do comportamento sexual dos jovens, como a própria busca por conhecimento, por exemplo, por outro, mostra que muitos não se protegem contra DST/AIDS, enfrentam a gravidez precoce e tendem a discriminar os homossexuais (25% dos alunos afirmaram que não gostariam de ter um colega homossexual).

A própria Unesco considera que, ao revelar um retrato atual do brasileiro de 10 a 24 anos por meio do mapeamento das diferenças, especificidades e vulnerabilidades, o estudo enfatiza a potencialidade da sexualidade para o bem-estar dos indivíduos em geral e dos jovens, especialmente, e a importância da adoção de uma postura preventiva e contrária à discriminação. Ainda aponta caminhos para que pais, escola, governo e sociedade civil invistam em medidas mais adequadas de promoção da juventude, as quais devem incluir o desenvolvimento pleno dos jovens e a redução dos riscos aos quais estão sujeitos (não só em relação à saúde reprodutiva, mas também à questão das drogas, por exemplo).

O objetivo é identificar áreas em que as instituições possam contribuir para a superação de desigualdades e vulnerabilidades mapeadas. A escola é indicada como local de destaque, por ser um espaço privilegiado de formação e socialização de crianças e jovens. O diálogo e a divulgação de conhecimentos sobre ética e responsabilidade sexual podem e devem ser intensificados, não no sentido do ajuizamento de valores, mas da troca de idéias e experiências afetivo-sexuais (WERTHEIN, 2004).

Alguns dos resultados incluem a iniciação sexual dos meninos com idade média de quatorze anos e a das meninas entre quinze e dezesseis anos. Como consenso, a gravidez na adolescência é vista como um problema, que interrompe as trajetórias esperadas, e leva ao abandono da escola pelas moças. Estas, entretanto, consideram o bebê uma felicidade, o que é corroborado por avôs e avós, que se posicionam contra o aborto. Os jovens de ambos os sexos, por sua vez, entendem que o filho é uma obrigação, que requer cuidados e compromisso.



Em inglês a palavra que designa camisinha é *condom*. Sabe por quê?

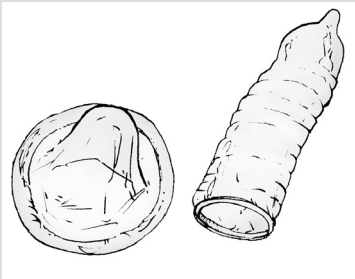
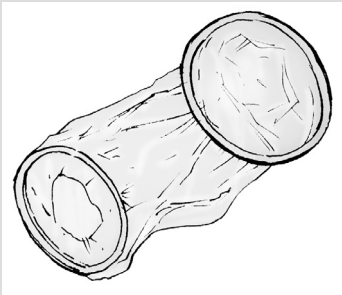
A lenda do médico fantasma

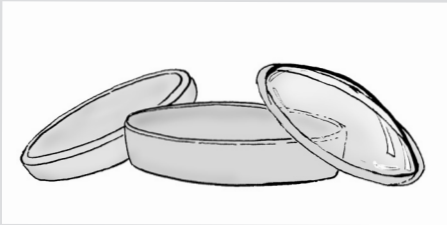
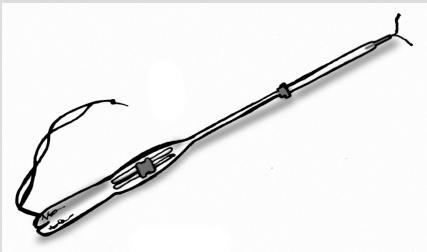
O nome *Condom* surgiu depois das afirmações do médico alemão *Xavier Swediaur*, que teria publicado um texto, onde citava o "tal" *Dr. Condom*, médico inglês do século XVII responsável pela criação de um protetor feito com tripa de animais, desenvolvido exclusivamente para o rei Carlos II, da Inglaterra, que tinha um número avassalador de filhos ilegítimos. O preservativo passava pelo seguinte processo de fabricação: era lavado, seco e depois amaciado com as mãos besuntadas em óleo de amêndoas. *Condom* seria uma transcrição do verbo latino *condere*, que significa esconder ou proteger. (...) será que o *Dr. Condom* realmente existiu? (BENTO, 2003, p. 17).

Os entrevistados apontam as causas para a gravidez inoportuna: aumento da intensidade do desejo sexual, imaturidade ou falta de diálogo com os pais. A camisinha é o mais popular dos métodos contraceptivos, empregado, na maioria das vezes, por iniciativa dos rapazes, pois oferecem, também, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Os motivos revelados para não usar a camisinha incluem a simples falta do preservativo, a perda de prazer e a confiança adquirida na parceira ou no parceiro pelo tempo de relacionamento transcorrido. Para as moças, um motivo a mais é o medo de perder o namorado. A pesquisa revelou, ainda, que a pílula anticoncepcional é o segundo método mais usado e tende a substituir a camisinha à medida que o relacionamento se alonga e se instala uma relação de confiança entre os parceiros. Já métodos como tabelinha e abstinência não são, usualmente, uma opção para os jovens.

A seguir, são apresentados os métodos contraceptivos, divididos em métodos de barreira e métodos hormonais.

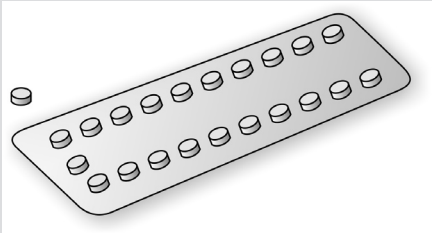
Quadro 10.1: Métodos contraceptivos de barreira

a) Métodos de barreira	
<p>(1) Camisinha</p> 	<p>Feita de látex ou poliuretano, impede que o esperma seja depositado na vagina. Quando corretamente utilizado, o preservativo possui eficácia de até 97% e também protege contra DST e AIDS.</p>
<p>(2) Camisinha feminina</p> 	<p>Invólucro de poliuretano com dois anéis – um interno, que deve ser colocado dentro da vagina, e, outro, externo, que cobre os lábios vaginais. Recolhe o esperma, não deixando que entre em contato com o óvulo. Também protege contra DST.</p>

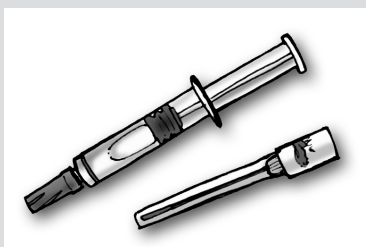
<p>(3) Diafragma</p> 	<p>Capinha de borracha que cobre a entrada do colo do útero e impede a penetração dos espermatozóides. Não protege contra DST.</p>
<p>(4) Dispositivo intra-uterino (DIU)</p> 	<p>Feito de plástico, contém cobre ou hormônio. Só pode ser inserido pelo médico e não protege contra DST.</p>

Fonte: Bento (2003).

Quadro 10.2: Métodos contraceptivos hormonais

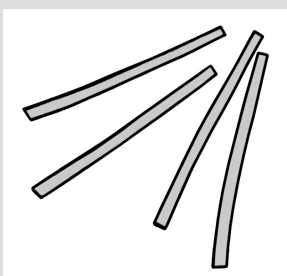
b) Métodos hormonais	
<p>(1) Pílula</p> 	<p>Comprimidos normalmente compostos por dois hormônios – estrogênio e progestógeno – que impedem a ovulação, prevenindo a gravidez. Deve ser tomada por 21 dias, com intervalos de sete dias, de preferência no mesmo horário.</p>

(2) Injeção contraceptiva



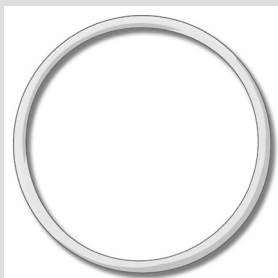
Injeção de hormônio que impede a ovulação. Deve ser tomada todo mês ou até trimestralmente.

(3) Implantes subcutâneos



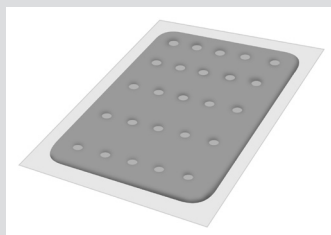
De modo geral, são inseridos dois “filetes” no corpo da mulher que soltam pequenas doses de hormônio.

(4) Anel vaginal



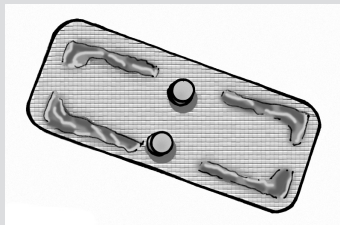
Tem a forma de um anel que, colocado no interior da vagina, libera hormônios gradativamente.

(5) Adesivo contraceptivo



Adesivo que pode ser fixado pela própria mulher e que deve ser trocado em intervalos de sete dias, por três semanas consecutivas e com intervalo de uma semana, quando ocorre a menstruação.

(6) Pílula do dia seguinte



É um método contraceptivo de emergência, não podendo ser utilizado todo dia. É um medicamento com alta dosagem hormonal, e deve ser utilizado até 72 horas após a relação sexual, pois, depois deste período, não tem mais efeito.

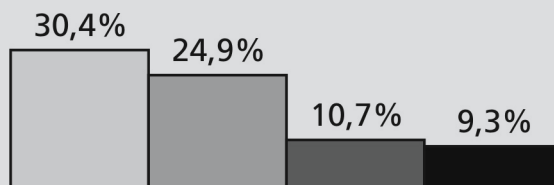
Obs: Os métodos hormonais não previnem contra DST e AIDS.

Fonte: Bento (2003).

Os pais e os professores apresentaram posicionamentos semelhantes quanto à distribuição de preservativos nas escolas.

Para os pais, contrários à distribuição de preservativos na escola (segundo ordem de importância):

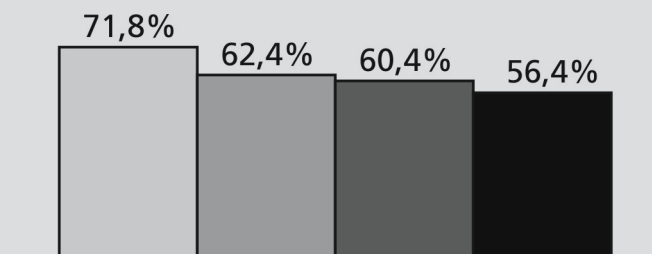
- estimula o sexo precoce (30,4%);
- não é função da escola (24,9%);
- são contra por motivos religiosos (10,7%);
- não consideram que o preservativo seja uma proteção eficaz contra as DST/AIDS (9,3%).



Embora a maioria dos professores seja a favor da distribuição da camisinha nas escolas, ocorre uma variação regional de 71,8% a 35,3% entre as capitais pesquisadas.

Os professores favoráveis à distribuição de preservativo masculino nas escolas elegem os motivos (em ordem decrescente):

- a educação para a saúde é função de todos, inclusive da escola (71,8%);
- quanto mais cedo for feita a prevenção, melhor (62,4%);
- o preservativo é a única forma efetiva de evitar as DST (60,4%);
- a AIDS é uma doença mortal (56,4%).



**ATIVIDADE**

2. Como métodos contraceptivos naturais, podemos citar a tabelinha e o coito interrompido. Que argumentos você listaria, durante suas aulas, para justificar que são pouco recomendáveis?

RESPOSTA COMENTADA

Você pode ressaltar diversos fatores para justificar o fato de a tabelinha e o coito interrompido serem pouco recomendáveis como métodos contraceptivos, especialmente porque a eficácia desses métodos é duvidosa. A tabelinha, por compreender um cálculo dos dias férteis da mulher, estipula um período no qual as relações sexuais não resultariam em gravidez. Na verdade, num ciclo sexual regular, a ovulação ocorre 14 dias antes da próxima menstruação. Desse modo, o período fértil compreende três dias antes e três dias depois da data da ovulação, período no qual a mulher não deve ter relações sexuais (se quiser evitar a gravidez). O principal argumento, contrário à utilização desse método diz respeito à possibilidade de o dia da ovulação variar a cada ciclo. O coito interrompido consiste em retirar o pênis da vagina antes da ejaculação. Se for feito corretamente, a eficiência deste procedimento é de cerca de 96% (BENTO, 2003, p. 48). Entretanto, não é um método confiável, pois depende do autocontrole do homem e, além disso, alguns espermatozóides podem ser eliminados antes da ejaculação (e, portanto, poderiam viabilizar a gravidez). Além disso, é importante frisar que ambos os métodos não protegem contra DST e AIDS.

Apesar da precocidade da vida sexual, os jovens tendem a privilegiar contatos com apenas um parceiro e indicam vontade de construir relacionamentos mais ricos e afetuosos, o que, de certa forma, contradiz a visão do senso-comum de uma suposta “promiscuidade” sexual juvenil. Com relação à violência, muitos jovens estão vulneráveis e/ou já sofreram diversos tipos de violência (assédio, estupro e discriminação por conta de gênero e opção sexual).



Guacira Louro (2003) ressalta a estreita ligação entre o conceito de gênero e a história do movimento feminista contemporâneo. No desdobramento da denominada *segunda onda do movimento feminista*, iniciado no final dos anos 60, o feminismo se deteve nas construções teóricas, além das preocupações sociais e políticas. E, no âmbito do debate que se travou a partir de então entre estudiosas e militantes, de um lado, e seus críticos e/ou suas críticas, de outro, o conceito de gênero foi concebido e problematizado (LOURO, 2003).

As feministas anglo-saxãs distinguem *gender* de *sex*. Rejeitando o determinismo biológico implícito (em termos) como diferença sexual ou sexo, o desejo é acentuar, por meio da linguagem, “o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (SCOTT, 1995 *apud* LOURO, 2003), pois é no campo social que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos. A pretensão é entender o gênero como constituinte da identidade do sujeito, transcendendo o mero desempenho de papéis (ex.: brasileiro, negro, homem etc.).

O conceito compreende ferramenta, ao mesmo tempo, analítica e política. Não é negada a biologia, mas enfatizada a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas. O gênero se constitui com e sobre corpos sexuados. Questões de sexualidade são incluídas nos discursos sobre gênero. Sujeitos masculinos e femininos podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais (e, ao mesmo tempo, brancos, negros, índios, ricos, pobres etc.). O que importa é considerar que, tanto na dinâmica do gênero quanto na da sexualidade, as identidades não são dadas ou acabadas em determinado momento, ao contrário, são sempre construídas, e mais, são passíveis de transformação (LOURO, 2003).

Um dos problemas identificados na pesquisa é o da gravidez precoce. Do total de entrevistadas, 14,7% declararam ter engravidado, pela primeira vez, entre dez e quatorze anos. É importante ressaltar que o universo pesquisado é composto apenas por jovens que vão à escola e que, portanto, não são os mais excluídos socialmente. Para Jorge Werthein, representante da Unesco no Brasil, a gravidade do problema reside na possibilidade de problemas de saúde para a mãe, no aborto e no abandono da escola, além de contribuir para a reprodução da pobreza no país, com prejuízos tanto para o desenvolvimento humano quanto para o social. Para ele, é preciso ampliar os investimentos em educação, prevenção e acesso a planejamento familiar para a população jovem, considerando o modo de ser dessa geração e sensível ao gênero.

Com relação à distribuição de camisinhas nas escolas, dentre os responsáveis que eram a favor, 72,8% acharam que quanto mais cedo começar a prevenção, melhor; 70,9% consideram-na a única forma de prevenir contra as DSTs e a AIDS, o que fez com que cerca de 64% dos respondentes também defendessem a distribuição de preservativos nas escolas. 71% consideram que a educação para a saúde é função de todos, incluindo a escola. Os argumentos dos profissionais de ensino que concordam com essa distribuição foram os mesmos dos pais. Em contrapartida, os mesmos argumentos foram utilizados contra a distribuição: estimular o sexo precocemente, não ser função da escola, ser contrário aos preceitos de sua religião ou por não considerarem eficaz contra as DSTs e Aids (SILVA, 2005).

Werthein ainda ressalta que esse estudo traz à tona as contradições do Brasil, um país com imensas diferenças regionais e com uma sociedade aberta a tratar da sexualidade, mas que, segundo o autor, não vem tendo sucesso em responder aos anseios dos jovens. Para o autor, o tema sexualidade desperta curiosidade, sentimentos de prazer e amorosidade, mas também medos e dúvidas não só entre os jovens, mas entre pais e professores. A falta de informação por parte destes últimos é significativa, assim como o despreparo das escolas: um terço dos pais que participaram desse estudo não dialoga com os filhos sobre o tema; 40% não têm qualquer conhecimento sobre DST; 27% dos professores não possuem informações suficientes. “As conversas (...) costumam estar restritas às aulas de Ciências e Biologia” (WERTHEIN, 2004, p. 7).

A Unesco considera que a pesquisa *Juventudes e sexualidade* inicia uma importante reflexão com o propósito de se repensar as políticas públicas de apoio aos jovens, considerando diversos campos: educação, saúde, assistência social, direitos humanos e cidadania. Essas políticas devem ser sensíveis a gênero e, dessa forma, contribuir para os princípios de equidade, respeito às diversas orientações sexuais e voltadas para a criação de escolas que preconizem a qualidade dos ensinamentos transmitidos. Ao mesmo tempo, essas políticas devem estar comprometidas com princípios éticos que valorizem a cultura juvenil. Isso vai além da inclusão social e implica o reconhecimento da importância de uma educação de qualidade e avessa às desigualdades de gênero, classes sociais, etnias, entre outras.

ATIVIDADE



3. Os trechos a seguir foram publicados no jornal *O Globo* em 2004 e 2005 e retratam o quadro da infecção pelo vírus HIV.



Sobre as características e os mecanismos de infecção pelo vírus HIV, releia as Aulas 18 e 19 de Bioquímica I.

HIV

Sigla para o vírus da imunodeficiência humana, causador da AIDS ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), que compreende um conjunto de sintomas relacionados à perda das defesas do organismo. O HIV pode ser transmitido por meio de fluidos sexuais, sangue ou leite materno contaminados.

ÁFRICA DO SUL: 6 MILHÕES DE PORTADORES DO HIV

Um estudo feito pelo governo da África do Sul indica que pelo menos seis milhões de pessoas no país estão infectadas com o vírus HIV (...) e faz do país a maior vítima da epidemia de Aids no mundo, superando a Índia, que tem 5,1 milhões de soropositivos. (...) O número de contaminados corresponde a cerca de 15% da população do país, que tem 40 milhões de habitantes. (...) 29,5% das grávidas analisadas em todo o país são soropositivas. (...) Na província de Kwa-Zulu, a mais afetada pela epidemia, a prevalência do HIV entre as grávidas supera 40% (*O Globo*, Ciência e Vida, 2005, p. 34).

A AIDS ESTÁ NO PAPO

Dados do Ministério da Saúde indicam que a principal forma de transmissão do HIV hoje é através das relações heterossexuais, seguida de drogas injetáveis. Na faixa etária entre 13 e 19 anos, a proporção entre meninos e meninas infectadas vem se invertendo: para cada dez mulheres com HIV existem nove homens. Do total de jovens que já iniciaram sua vida sexual, 48% não usam ou só usam preservativos às vezes. (...) a campanha de prevenção da ONG Banco de Horas/ BAC vai (...) formar um conselho jovem que sugira como deve ser feita uma campanha de prevenção voltada para este público (*O Globo*, Megazine, 2005, p. 3).

AIDS ENTRE IDOSOS DOBROU EM DOIS ANOS

(...) enquanto o número de diagnósticos de pessoas infectadas pelo vírus ficou estável em várias faixas etárias, em mulheres e homens de mais de 60 anos disparou. Em dois anos, os casos passaram de 52, em 2001, para 120 em 2003. Aumento de mais de 100%. Já é a faixa de maior incidência.

(...) os motivos para o aumento do número de idosos com o vírus podem estar em vários fatores. O mais significativo está no prolongamento da vida sexual do idoso, fruto dos avanços da medicina, como a descoberta de novos medicamentos que melhoram o rendimento sexual (...) também a melhoria no atendimento primário do médico que (...) conseguiu diagnosticar os casos com mais rapidez.

(...) – os idosos passaram a ter vida mais saudável e a freqüentar bailes dedicados à terceira idade. Ali, assimilaram a gíria dos netos e também aprenderam a “ficar”. Alguns até confessaram que traíram seus parceiros (...) [e que] escondem a doença da família. (...) – Ainda há muito preconceito contra os portadores do HIV. Idosos ou não.

(...) uma pesquisa inédita do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (Nessa) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com 380 jovens na faixa etária entre 13 e 19 anos (...) 90% afirmaram que conhecem e apontam a camisinha como melhor método contraceptivo; (...) o mesmo percentual reconheceu já ter tido relações sexuais sem o uso de preservativo.

- Entre os adolescentes, o medo de engravidar é mais presente do que o de contrair o vírus HIV. Por isso, entre os jovens que tomam a pílula anticoncepcional, é tão comum abrir mão do preservativo. (...) o jovem não usa a camisinha por opção, nunca pela falta de informação. Em outra pesquisa com 1034 jovens, (...) observaram que nos relacionamentos em que há violência entre o casal a camisinha é descartada. (...) segundo o Ministério da Saúde, mais de 70% dos casos de Aids no Brasil correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos e uma parcela considerável deles contraiu o vírus na adolescência. (...) é crescente a incidência da doença em meninas de 13 a 19 anos (WERNECK, 2004, p. 28).

Após a leitura do material selecionado, responda:

- Que medidas seriam necessárias para minimizar o crescimento da AIDS em países como a África e o Brasil?
- Se os adolescentes sabem a importância do uso de preservativos e não os adotam por vários motivos, e campanhas educativas informativas normalmente não surtem o efeito esperado, o que esperar de mais uma campanha (esta composta por um conselho jovem)? Mais uma vez, somente o acesso à informação técnica sobre a doença seria abordado?
- Elabore uma atividade para discutir a necessidade de prevenção da AIDS com alunos de Ensino Médio.

RESPOSTA COMENTADA

Para o item (a), você pode listar muitas medidas. Sem dúvida, algumas seriam: oportunidade de melhores condições de vida, incluindo trabalho, educação, acesso a serviços de saúde e sobretudo melhor distribuição de renda da população.

O item (b) levanta uma questão recorrente: o caráter biologizante e desconectado com a realidade (cultural, social, histórica, econômica, política) das campanhas educativas, que muitas vezes culpabilizam a vítima. No caso apresentado, entretanto, ao compor um conselho jovem, pode-se visualizar uma clara tentativa de minimizar essas questões, avançando em aspectos que o próprio público para o qual a campanha se destina irá apontar.

Para o item (c), você pode ter criado as mais diversas atividades. O importante é falar dos aspectos gerais da doença, sem, entretanto, se deter apenas neles, nem estigmatizar o doente. Aproveite para salientar que o prazer e a sexualidade estão presentes em toda a existência humana e que, portanto, todos devem adotar uma conduta preventiva não só contra a AIDS, mas também em relação às DST. Outro aspecto importante é combater preconceitos, valorizar a sexualidade de todas as pessoas, independente de idade, classe social, etnia e opção sexual.

OUTRAS PESQUISAS

A Gravad

*A pesquisa **Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil** (Gravad), realizada em parceria entre pesquisadores das Universidades Federais da Bahia e do Rio Grande do Sul, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto Nacional de Estudos Demográficos da França, buscou revelar o que acontecia após a gravidez na adolescência. Um total de 4.634 jovens de 18 a 24 anos foi entrevistado em seus domicílios, nas cidades de Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro.*

Os resultados encontrados estão dentro do padrão dos países da América Latina (1/3 das mulheres tem pelo menos um filho antes dos 20 anos, sendo que 15 a 20% antes dos 18 anos). Do total de 2.435 mulheres entrevistadas, 29,5% foram mães com menos de 20 anos. Deram à luz 16,6% antes dos 18 anos e 1,6% antes dos 15 anos. A pesquisa revela, ainda, que a gravidez inesperada normalmente é resultado de uma relação estável, já que, dentre os entrevistados, como decorrência de uma “ficada”, a gravidez aconteceu apenas com 14,2% dos rapazes e 2,5% das moças.



Valores médios de gravidez antes dos 20 anos: Suécia = 4,0%; Estados Unidos = 22% (DARROCH *et. al. apud* AQUINO *et. al.*, 2003).

Com a pesquisa Gravad, o perfil da mãe adolescente nessas três capitais do Brasil pôde ser traçado: na maioria das vezes, ela já havia saído da escola (42,1%), era responsável por grande parte das tarefas domésticas (14,9%) e não teve acesso a informações sobre sexo nem em casa, com os pais, nem na escola. O pai de seu filho é mais velho (37,6%) ou muito mais velho (42,2%) do que ela, e os dois mantêm um relacionamento estável, embora 86,6% dos homens e 74,2% das mulheres ainda morassem com suas famílias. Já os rapazes, em geral, abandonam mais a escola (48,7%) do que as moças porque já trabalham. Os pais adolescentes têm acesso às informações sobre sexo seguro com os amigos e “vêm o filho como prova de virilidade”.

A pesquisa ainda revela que, dentre os que engravidaram, um percentual expressivo não estava pensando em ter filhos naquele momento (85,6% dos rapazes e 70,3% das moças). Porém, só 36,3% dos homens e 31,4% das mulheres usavam algum método contraceptivo. Isso reitera que a confiança faz com que os casais se descuidem. Na primeira relação, 54,5% dos rapazes e 52,5% das moças usaram contraceptivos.

A gravidez antes dos 20 anos variou inversamente em relação à renda e escolaridade. O contraste mais expressivo se dá entre as mulheres: 59,6% tinham Ensino Fundamental completo, o que corresponde a treze vezes o valor observado entre aquelas com mais anos de estudo (4,6%). Além disso, há uma prevalência maior entre homens

e mulheres negros, mas também entre pardos e indígenas, se comparados aos que se autodeclararam brancos. O impacto sobre o percurso escolar das mães adolescentes é maior, com interrupção temporária (25%) ou definitiva (17,3%) dos estudos no primeiro ano após o nascimento do filho. Isso naquelas que ainda estavam estudando.

Dentre os fatores que puderam ser ressaltados nessa pesquisa, como possíveis formas de interferir na ocorrência de gravidez na adolescência, o diálogo ocupa local de destaque. Esse diálogo, quando ocorreu entre mães e filhas antes da menarca (oportunidade de transmissão de valores, normas e, especialmente, conhecimentos sobre comportamentos preventivos), correspondeu a um índice menor de gravidez na adolescência (54,2%). Também o diálogo entre as moças e os parceiros, na iniciação sexual, acerca de contracepção e, conseqüentemente, seu uso naquele evento, resultou em índices menores (23,5%), se comparados com a situação inversa (63,9%).

A escola, embora não tenha sido salientada pelos jovens como uma fonte importante das primeiras informações sobre esse tema, também cumpre importante papel, pois “a prevalência de gravidez na adolescência foi significativamente mais baixa entre aqueles que a mencionaram” (AQUINO *et. al.*, 2003, p. 383).

Maria Luiza Heilborn, pesquisadora do *Programa em gênero, sexualidade e saúde* (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e coordenadora regional da pesquisa, considera que oferecer educação sexual de qualidade nas escolas seria uma forma importante de se evitar a gravidez na adolescência, já que, dentre os jovens que tiveram filhos sem planejarem, apenas 19,4% das mulheres e 9,7% dos homens travaram o primeiro contato com informações sobre sexo na escola, por intermédio de educação de qualidade, algo além da mera explicação das partes e do funcionamento do aparelho reprodutivo. As relações de gênero também devem ser tratadas, ou seja, as relações sociais que organizam as relações entre rapazes e moças (SILVA, 2005).

Embora a relativização do mito da virgindade libere e incentive os jovens a começar sua vida sexual cada vez mais cedo, a percepção da opinião pública sobre a gravidez na adolescência difere de acordo com a classe social. Assim, nas camadas populares, a gravidez é bem recebida, sendo motivo para a união das famílias e contando com seu total apoio (*idem*).

Representações de alunos sobre sexualidade

Outro estudo realizado por pesquisadoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul visava analisar as narrativas de 25 adolescentes, com idades entre 12 a 14 anos, de uma turma de 7ª série do Ensino Fundamental de uma escola particular de orientação religiosa, com clientela das classes média e alta, em Porto Alegre (RS). Os professores também foram incluídos.

Dentre os resultados encontrados, percebe-se que as falas dos alunos sobre sexualidade expressam visões hegemônicas de corpo, identidade sexual e relações de gênero. Assim, as representações sobre sexualidade, de alunos e professores, se limitam à relação sexual entre um homem e uma mulher. Os professores, apesar de adotarem uma postura mais aberta sobre esse tema em sala de aula, continuam priorizando o enfoque biológico, o qual preconiza uma normalidade da conduta sexual e do tratamento de questões de saúde e doença, contribuindo para a manutenção desse tipo de raciocínio e não possibilitando uma discussão mais ampla da sexualidade, que avance para além da descrição da anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores masculino e feminino.

O enfoque biologizante subtrai os fatores psicológicos, sociais, históricos e culturais que influenciam a sexualidade e também as formas com as quais os sujeitos dela se apropriam. A sexualidade apresentada na escola possui estreita vinculação com a família e a reprodução, ou seja, o casamento é a situação padrão adequada para o seu exercício, e os filhos, a bênção dessa união. Práticas sexuais não-reprodutivas não são consideradas, ou são cercadas de receios e medos. “A associação da sexualidade ao prazer e ao desejo é deslocada em favor da prevenção dos perigos e das doenças” (LOURO, 1998, p. 41). Como a reprodução ocupa o centro das discussões, a homossexualidade é virtualmente negada e, sobretudo, profundamente vigiada (idem).

A grande preocupação com a aparência (roupas, cabelo, acne, linguagem, dentre outras) simboliza a busca por identificação em um determinado grupo, concomitante com a desidealização das figuras dos pais que, assim, passam a ser questionados em suas ações e valores. A importância dada aos amigos na discussão de assuntos referentes à sexualidade foi ressaltada pelo grupo adolescente estudado. Na verdade, os pais não deixam de ter valor, mas outros grupos e outras instâncias assumem valor fundamental.

No que diz respeito ao corpo, há a valorização (principalmente pelas adolescentes) de um determinado padrão estético, o que torna os jovens muito preocupados com a manutenção desse ideal de corpo e de beleza. Por outro lado, a dimensão de corpo abordada, sobretudo nas aulas de Ciências (7ª série do Ensino Fundamental), se dá nos moldes cartesianos, ou seja, seccionado em partes e sistemas que, na maioria das vezes, não recompõem o todo. Além disso, essa abordagem biológica de corpo, excluindo a dimensão cultural, impede o estabelecimento de relações entre os corpos estudados e os próprios corpos dos alunos, o que dificulta a construção de um aprendizado real (TONATTO; SAPIRO, 2002).

O “ficar” é um tipo de relacionamento que os adolescentes buscam como forma de afirmação de um papel sexuado no grupo, ou seja, uma identidade sexual. Esse tipo de relação se fundamenta na “atração física, no erotismo, na existência da não-exclusividade de ambas as partes e no seu aspecto passageiro” (TONATTO; SAPIRO, 2002, p. 170). É uma forma de vivenciar a intimidade e, especialmente, os desejos, emoções e sentimentos relacionados a ela, sem o vínculo do compromisso.

Quanto às relações de gênero, as visões de masculino e feminino se desenvolvem ainda dentro do estereótipo de meninas *meigas e sentimentais* e meninos *rudes e racionais* (TONATTO; SAPIRO, 2002).

Por trás dessas noções de gênero que permeiam as construções que os próprios jovens fazem em relação à criação de meninos e meninas, “esconde-se uma rede complexa de relações de poder que, em diferentes momentos da história, privilegiou a construção da feminilidade e da masculinidade dessa maneira, como forma, por exemplo, de se inibir a conduta da mulher nos vários campos sociais” (TONATTO; SAPIRO, 2002, p. 170).

CONCLUSÃO

Esta aula nos leva a concluir que quando estamos diante de situações em que predominam a desigualdade de gênero e classe social, a maternidade assume uma forma de reconhecimento social para as mulheres cada vez mais jovens, devido, sobretudo, à carência de outros projetos de vida.

Pensar na recorrência de estereótipos de gênero, corpos e padrões de sexualidade que vêm sendo veiculados, inclusive pela escola, nos faz pensar no papel que cabe a esta instituição no que diz respeito à inclusão de outras abordagens culturais, e não apenas àquelas da cultura dominante. O mesmo vale para a valorização social de um padrão de corpo e de beleza de modelos e atores/atrizes que vem sendo perpetuado, sem dar espaço a outros padrões.

ATIVIDADE FINAL

A partir da leitura das pesquisas apresentadas (*Juventudes e sexualidade*; *Gravada* e a das pesquisadoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), elabore uma pequena discussão e conclusão final, em que elementos dos três estudos sejam contemplados.

RESPOSTA COMENTADA

*O exercício de comparar textos é importante. Em sua análise, você pode ter dado ênfase a diversos aspectos. Entretanto, é imprescindível destacar o aumento significativo da gravidez na faixa etária entre 10 e 14 anos observada na pesquisa *Juventudes e sexualidade*, realizada pela Unesco (a mais recente, portanto) em comparação com a *Gravada*. Na verdade, devemos salientar que a gravidez precoce, mais do que contribuir para a exclusão social e para a reprodução da pobreza no país, é determinada por estes fatores. É sobretudo a falta de perspectivas e de oportunidades sociais que “empurra” as moças para a maternidade. Além disso, as representações do grupo de alunos apresentado (de escola privada de orientação religiosa, de classes média e alta de Porto Alegre) consideram a sexualidade vinculada à família e à reprodução, ou seja, ao casamento e aos filhos.*

RESUMO

Foram apresentados e discutidos os resultados de três pesquisas sobre sexualidade no Brasil. Duas delas são mais abrangentes: a pesquisa *Juventudes e sexualidade*, realizada pela Unesco, e *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (Gravad), e um estudo sobre a realidade escolar no Sul do país.

Leituras complementares

Como sugestão de leituras complementares, os livros *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*, de Guacira Lopes Louro (5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003); e *Mulher e contracepção: evolução e conquista*, do ginecologista José Bento (São Paulo: Alaúde, 2003).

INFORMAÇÃO SOBRE A PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, continuaremos discutindo questões relativas à sexualidade, mas com base em aspectos históricos da construção de estereótipos e padrões sexuais.

Educação em Saúde

Referências

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

BRASIL. Ministério da Educação. Programa de Expansão e Melhoria do Ensino. *Saúde como compreensão de vida*: um programa de saúde destinado a professores e alunos da 5ª à 8ª série do 1º grau. Brasília: MEC, 1981.

CADEI, Marilene de Sá. *A promoção da saúde e as práticas sociais em Vila Dois Rios, Ilha Grande, Rio de Janeiro*: a contribuição da educação ambiental na criação de ambientes favoráveis à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. Tese de doutorado.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982. Disponível em: <<https://ssl120.locaweb.com.br/pensamento-cultrix/zoom.asp?cod=85-316-0309-9>>. Acesso em : 4 maio 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. *Estado, educação e saúde*: a higiene da vida cotidiana. São Paulo: Cortez, 1987. (Cadernos do CEDES 4. Educação e saúde)

COSTA, Tonia. *O conceito de saúde numa escola de zona insalubre*. Rio de Janeiro: PUC, 1992. Dissertação de mestrado.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). *Promoção de saúde*: conceitos reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. *Minidicionário da língua portuguesa*. 3. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GENTILE, Marilena. *Promoção da saúde e município saudável*. São Paulo: Vivere, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. In: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). *Saúde e medicina no Brasil*: contribuição para um debate. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SABROZA, Paulo C. *Saúde pública*: procurando os limites da crise. Rio de Janeiro, 1994. Mimeo.

TAUTZ, Carlos. FSM - O ponto de mutação já passou: entrevista com Fritjof Capra. Disponível em: <http://www.agirazul.com.br/fsm4/_fsm/00000098.htm>. Acesso em: 6 mai. 2005.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

Aula 2

ALMEIDA, Milton José de. Apresentação. In: MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *Fracasso escolar: uma questão médica?* São Paulo: Cortez, 1986. (Cadernos do Cedes, 15)

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Rev. bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 abr. 2005.

BRASIL. Lei n. 5692-71. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/institucional/capoiol/cidadania/fundacoes/legisla/educ/05692_71.htm>. Acesso em: 5 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. *Parâmetros Curriculares Nacionais: ensino médio*. Parte III: Ciências da natureza, matemática e suas tecnologias. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/humanas/educacao/pcns/medio/index.html>>. Acesso em: 22 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa de Expansão e Melhoria do Ensino. *Saúde como compreensão de vida: um programa de saúde destinado a professores e alunos da 5ª à 8ª série do 1º grau*. Brasília, DF: MEC/FENAME, 1981.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo Navarro. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Educação ou saúde? Educação x saúde? Educação e saúde! In: MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *Fracasso escolar: uma questão médica?* São Paulo: Cortez, 1986. (Cadernos do Cedes, n. 15).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

NAVARRO, V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. In: Programa de Educação Continuada/ENSP; ABRASCO. *Textos de Apoio – Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: julho de 1983.

NUÑEZ HURTADO, Carlos. *A educação popular: conceito que se define na práxis*. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

SERRANO GONZALEZ, María Isabel. *Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodologica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1990.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. *Cadernos de Educação Popular e Saúde*. V. 1, nº. 1, Maio 2005 (no prelo).

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 2, p. 39-57, 1998.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. *Educação popular: um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

Aula 3

BRASIL. Lei nº 5692-71, de 11 de agosto de 1971. Revogada pela lei 9394, de 20 dez. de 1996. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/institucional/capoio/cidadania/fundacoes/legisla/educ/05692_71.htm>. Acesso em: 05 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais*. Brasília: MEC/SEF, 1998. 436 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília: MEC/SEF, 1998. 436 p.

Aula 4

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPASA. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, DF: MS/OPS, 2002. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 4 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 3 jun. 2005.

ÉBOLI, Evandro. Aplicada multa recorde por trabalho escravo. *Jornal O Globo*, O País, p. 16, 14 maio 2005.

GUIA de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de informação em saúde e a vigilância epidemiológica*. Cap. 3 Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0301.htm>>. Acesso em: 4 maio 2005.

LINS, Letícia; ESCÓSSIA, Fernanda da. Gravidez tira da escola 25% das adolescentes. *Jornal O Globo*, 7 de mar. 2005. Capa.

_____. Mães meninas geram 10.200 bebês. *Jornal O Globo*, p. 3, 7 mar. 2005.

MITTLER, Peter. *Educação inclusiva: contextos sociais*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

OLIVEIRA, Chico. Fazenda tinha trabalho escravo no RS. *Jornal O Globo*, O País, p. 15, 7 maio 2005.

OTÁVIO, Chico. Nordeste tem mais mortalidade infantil. *Jornal O Globo*, O País, p. 14, 14 maio 2005.

VASCONCELLOS, Carlos. Sonho americano não dá conta do mundo globalizado. *Jornal O Globo*, Economia, p. 15, 15 maio 2005.

Aula 5

ACSELRAD, Henri. Cidadania e meio ambiente. In: _____. VIEIRA, Liszt, GUARANY, Reinaldo. *Ecologia direito do cidadão*. Rio de Janeiro: Gráfica JB, 1993.

ANTUNES, Paulo de Bessa. *Dano ambiental: uma abordagem conceitual*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

BECK, Ulrich. *O que é globalização? Equívocos do globalismo: respostas à globalização*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BRILHANTE, Ogenis Magno. Gestão e avaliação da poluição, impacto e risco na saúde ambiental. In: _____; CALDAS, Luiz Querino de A. (Coords.). *Gestão e avaliação de risco em saúde ambiental*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CADEI, Marilene de Sá. *A promoção da saúde ambiental e as práticas sociais em Vila Dois Rios, Ilha Grande, Rio de Janeiro*: a contribuição da educação ambiental na criação de ambientes favoráveis a saúde. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DÉOUX, Suzanne; DÉOUX, Pierre. *Ecologia é a saúde*: o impacto da deterioração do ambiente na saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

EPP, Jake. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud*: una antología. Washington, DC: OPS, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Vocabulário Básico de Recursos Naturais e Meio Ambiente*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/vocabulario.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2005.

COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE JUSTIÇA AMBIENTAL, TRABALHO E CIDADANIA, realizado 24 a 27 de set. 2001, Niterói.

LAYRARGUES, Philippe Pomier. Educação para gestão ambiental: a cidadania no enfrentamento político dos conflitos socioambientais. In: LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo, LAYRARGUES, Philippe Pomier, CASTRO, Ronaldo Souza de (Orgs.). *Sociedade e meio ambiente*: a educação ambiental em debate. São Paulo: Cortez, 2000.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, UERJ/IMS, v. 7, n. 1, p.13-43, 1997.

MENDES, José Jerónimo Amaral. *Saúde ambiental e análise de risco*. Portugal: Universidade de Évora, 2000.

ASSOCIAÇÃO Médica Brasileira. Disponível em <http://www.amb.org.br/medicam_parceria.php3>. Acesso em: 8 jul 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. *Suspensas propagandas de impotências*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15164>. Acesso em: 8 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. *Busca por corpo perfeito exige cautela*. <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19092>. Acesso em: 9 jul. 2005.

CEZIMBRA, Márcia. A vida com analgésico. *O Globo*, Revista, 26 de junho de 2005, p. 18-23.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Revista Riophama*, Rio de Janeiro, jan./fev./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.crf-rj.org.br/crf/revista/64/14.asp?n=index.asp>>. Acesso em: 8 jul. 2005.

DOSSIÊ: reprodução humana assistida. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_ra-6.html>. Acesso em: 9 jul. 2005.

ESCLARECIMENTOS sobre propagandas. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/nota_tecnica_290405.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2005.

ESTADÃO On-Line. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/agestado/noticias/2003/jul/20/123.htm>>. Acesso em: 8 jul. 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

INSTITUTO VIRTUAL DE FÁRMACOS ONLINE. Disponível em: <http://www.ivfrj.cc/sdecania.ufrj.br/ivfonline/edicao_007/propag_medic.html> . Acesso em: 9 jul. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Medicamentos e Tecnologias. *Notícias*, 14 abr. 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/index.cfm?ent=2&carregar=2&action=mostrar&codigo=136>>. Acesso em: 8 jul. 2005.

AZEVEDO, Cristina. *Maconha é a droga mais consumida*. ONU diz que 4% da população mundial entre 15 e 64 anos usaram entorpecente em 2003. *O Globo*, p. 30, O Mundo, 30 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Não existe sociedade sem droga*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=16132>. Acesso em: 30 jun 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=154>. Acesso em: 14 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *As drogas ilícitas são as que mais mal fazem a saúde?* Disponível em: <<http://www.adolesite.aids.gov.br/Drogas/ola.htm#item22>>. Acesso em: 1 jul 2005.

GALVÊAS, Elias Celso. *Drogadição e alcoolismo*. Disponível em: <http://maxpages.com/elias/Drogas_e_Alcoolismo>. Acesso em: 30 jun 2005.

LARANJEIRA, Ronaldo. *Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida*. Associação Brasileira de Estudos do Alcool e de Outras Drogas. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/asp/politicas.asp>>. Acesso em: 2 jul 2005.

MANSUR, Jandira; CARLINI, Elisaldo. *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Brasiliense, 2004. 114p.

MARQUES, Luiz Fernando; DONEDA, Denise; SERAFIN, Denise. O uso indevido de drogas e a aids. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (Orgs.). *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. 300p.

PEREIRA, Alessandra. *Infância ameaçada*. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed167/pesquisa3.htm>>. Acesso em: 7 jul 2005.

SAÚDE em Movimento. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br/profissionais/pesquisa/drogas/cogumelos.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2005.

TIBA, Içami. *123 respostas sobre drogas*. São Paulo: Scipione: 2001. p. 127.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas. Disponível em: <<http://www.lampada.uerj.br/nepad/apresent.html>>. Acesso em: 14 jul. 2005.

ASSOCIAÇÃO Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO). Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

BATTOCHIO, Ana Paula Ronquesce; SANTOS, Adriane Gasparino dos; COELHO, Cláudio A. R. Leite materno: considerações sobre nutrientes específicos e seus benefícios. *Rev. Bras. Nutr. Clín.*, v. 18, n. 3, p. 136-141, 2003.

BERKOW, Robert. *Manual merck de informação médica: saúde para a família*. São Paulo: Manole, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Alimentos, Legislação, Legislação específica de alimentos e Rotulagem de alimentos*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/alimentos/legis/especifica/rotuali.htm>>. Acesso em: 3 jul. 2005.

CARROL, Stephen; SMITH, Tony. Guia da vida saudável. *O Globo*, Rio de Janeiro, 1996.

CLARK, Nancy. *Guia de nutrição desportiva: alimentação para uma vida ativa*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CLÉBICAR, Tatiana. De olho na salada. *O Globo*, Jornal da família, Rio de Janeiro, 30 maio, p. 1-2, 2004.

COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

_____; MICHELAZZO, Fernanda Beraldo. Biodisponibilidade: conceitos, definições e aplicabilidade. In: _____. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

FILISSETTI, Túlia M.C.C.; LOBO, Alexandre R. Fibra muscular e seu efeito na biodisponibilidade de minerais. In: _____. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

GALANTE, Andréa. Afinal, o que é a nutrição funcional? *Folha Online*, 14 jun. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/colunas/nutricaoesaudef/ult696u169.shtml>>. Acesso em: 16 ago. 2005.

HENRIQUES, Gilberto Simeone. Biodisponibilidade de carboidratos. In: COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

JANSSEN, Roberta. A reinvenção da agricultura. *Planeta Terra, O Globo*, Rio de Janeiro, p. 4-11, 7 ago. 2002.

MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; SLATER, Betzabeth; FISBERG, Regina Mara. Aplicação das Dietary Reference Intakes na avaliação da ingestão de nutrientes para indivíduos. *Rev. Nutr.*, v. 17, n. 2, p. 207-216, abr./jun. 2004.

MARINHO, Antônio. A nova pirâmide alimentar. *Revista O Globo*, Rio de Janeiro, p. 22-23, 24 jul. 2005.

McARDLE, William D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L. *Fundamentos de fisiologia do exercício*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MOURA, Ênio. *Biologia educacional*. São Paulo: Moderna, 1993.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). *Dietary Reference Intakes: applications in dietary assessment*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

O BRASIL que vence a fome. *O Globo*, Rio de Janeiro, Caderno especial, p. 1-12, 30 mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO. *Oficina Regional para América Latina e Caribe*. Disponível em <<http://www.rlc.fao.org/bases/alimento/busca.asp>>. Acesso em: 3 ago. 2005.

PACHECO, Selma Guidorizzi Antonio. Estabilidade oxidativa de óleo de peixe encapsulado e acondicionado em diferentes tipos de embalagem em condição ambiente. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Agricultura, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PAIXÃO, José A. da; STAMFORD, Tânia L.M. Vitaminas lipossolúveis e alimentos: uma abordagem analítica. *Química Nova*, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./fev. 2004.

PEÑA, Bernardo de la; AGGEGE, Soraya. País tem comida de sobra mas nem todos tem acesso a ela. In: O BRASIL que vence a fome, *O Globo*, Caderno especial, 30 mar. 2003.

PESSANHA, Lavínia; WILKINSON, John. *Transgênicos, recursos genéticos e segurança alimentar: o que está em jogo nos debates*. Campinas, SP: Armazém do Ipê, 2005.

PINHEIRO, Ana Beatriz V. et al. *Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras*. São Paulo: Atheneu, 2005.

PIRÂMIDE Alimentar. *Diabetes hoje*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/nutricao/piramide.php>>. Acesso em: 1 ago. 2005.

PLANETA Terra. *O GLOBO*, Rio de Janeiro, Caderno especial, p. 1-23, 7 ago. 2002.

RAMOS, Silvia. *Suplementação vitamínica: opção clínica*. Disponível em: <<http://www.nutricaoclinica.com.br/textos-cientificos/NC/suplementacao-vitaminica.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2005.

RIBEIRO, Fabiana. Ipea: imposto zero sobre alimentos reduziria indigência em até 24,2%. *O Globo*, Caderno Economia, p. 28, 10 jul. 2005.

RIBEIRO, Marisilda Almeida; COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. Metodologias para a estimativa de biodisponibilidade de nutrientes. In: COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

RODRIGUES, Luciana; ALMEIDA, Cássia. Um Brasil mais gordo. *O Globo*, Caderno Economia, p. 25, 17 dez. 2004.

SANT'ANA, Léa Silvia. Biodisponibilidade dos lipídios. In: COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

SANTOS, Maria Ângela dos. *Biologia educacional*. São Paulo: Ática, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Disponível em: <<http://www.sban.com.br>>. Acesso em: 31 jul. 2005.>

STELLA, Roberta. Os macronutrientes: quem são eles? Disponível em: <http://www1.uol.com.br/cyberdiet/colunas/001214_nut_macronutrientes.htm>. Acesso 3 jul. 2005.

TIRAPEGUI, Julio; CASTRO, Inar Alves de; ROSSI, Luciana. Biodisponibilidade de proteínas. In: COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA). Disponível em: <<http://www.mypyramid.gov>>. Acesso em: 1 jul. 2005.

VALENTE, Leonardo. *Água do rio pode afetar fertilidade*. *O Globo*, Ciência e Vida, p. 30, 16 jul. 2005.

VARELLA, Drauzio. *Vitaminas: a polêmica está criada*. Entrevista com Dr. Anthony Wong, 10 jul. 2005. Disponível em: <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/auto_wong9.asp>. Acesso em: 16 ago. 2005.

WEBER, Demétrio. Problema de peso: dados do governo indicam que doenças ligadas à obesidade matam mais do que desnutrição. *O Globo*, O País, Rio de Janeiro, p. 3, 30 jan. 2005.

WESTIN, Ricardo. Ambiente leva à obesidade: diz especialista. *Folha de São Paulo*, Cotidiano, São Paulo, p. 3, 11 out. 2004.

BAPTISTA, Luís Antônio dos S. As cidades da falta. In: RAUTER, Cristina Mair Barros *et al.* *Saúde e Loucura VI: subjetividade, questões contemporâneas*. São Paulo: HUCITEC, 1997. v. 1

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei n. 10. 741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 19 jul 2005.

BRASIL. Lei n. 9.459, de 13 de maio de 1997. Altera os arts. 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 maio 1997. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9459.htm>. Acesso em: 19 jul. 2005.

CENTRO de Mídia Independente. *Sem Terra morre no Rio de Janeiro*. Publicado no site do MST, 05 jul. 2005 às 03:54. Morte de Sem Terra no Rio de Janeiro . Sem Terra é assassinado no Rio, 04 jul. 2005. Disponível em: <<http://brasil.indymedia.org/pt/red/2005/07/322140.shtml>>. Acesso em: 29 jul 2005.

CHEQUER, Jamile. *Marcas da luta pela terra*. Disponível em: <<http://www.ibase.br/pubibase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=989&tpl=printerview&sid=180>>. Acesso em: 28 jul. 2005.

COMITÊ PAULISTA PARA A DÉCADA DA CULTURA DE PAZ: um Programa UNESCO. *A cultura de Paz (2001-2010)*. Disponível em: <http://www.comitepaz.org.br/a_cultura_de_p.htm>. Acesso em: 29 jul. 2005.

LEÃO, Francisca Sampaio. *A prevenção e o controle do stress*. Disponível em: <<http://www.impi.com.br/pg/artigos2.php>>. Acesso em: 17 ago. 2005.

QUESTÃO Agrária: violência no campo. Disponível em: <<http://www.consciencia.net/arquivo/agraria-violencia.html>>. Acesso em: 28 jul 2005.

SOUZA, Herbert de; RODRIGUES, Carla. *Ética e Cidadania*. São Paulo: Moderna, 1994.

UNESCO Brasil. *Programa Cultura de Paz*. Disponível em: <http://www.unesco.org.br/areas/dsocial/desenv/culturadepaz/mostra_documento>. Acesso em: 29 jul. 2005.

VELOSO, Caetano; GIL, Gilberto. *Haiti*. Disponível em: <<http://caetano-veloso.lettras.terra.com.br/lettras/44730/>>. Acesso em: 19 jul. 2005.

A AIDS está no papo. *O Globo*, Megazine, p. 3, 14 jun. 2005.

ABROMOVAY, Miriam, et al. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO, 2004.

ÁFRICA do Sul: 6 milhões de portadores do HIV. *O GLOBO*, Ciência e Vida, p. 34, 13 jul. 2005.

ALMEIDA, Cássia. Gravidez entre as negras é mais freqüente. *O Globo*, Economia, p. 33, 25 jan. 2004.

_____. Atraso escolar faz Rio se aproximar do Nordeste. *O Globo*, Economia, Rio de Janeiro, p. 45, 18 jan. 2004.

_____. Quissamã disparou na educação. *O Globo*, Economia, Rio de Janeiro, p. 45, 18 jan. 2004.

ALTMANN, Helena. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. *Estudos feministas*, Florianópolis, UFSC, v. 9, n. 2, p. 575-585, 2001.

AQUINO, Estela M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003.

BENTO, José. *Mulher e contracepção: evolução e conquista*. São Paulo: Alaúde, 2003.

BERTA, Ruben. A dinastia das ruas. *O Globo*, Caderno Especial, p. 1-8, 10 jul. 2005.

BOTTARI, Elenice. Aumento da fecundidade agrava pobreza no Rio. *O Globo*, Rio, 25 jan. 2004, p. 24.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: orientação sexual*. Brasília: MEC/SEF, 1997. v. 10. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/orientação.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

CATONNÉ, Jean Phillipe. *A sexualidade ontem e hoje*. São Paulo: Cortez, 2005.

CELESTINO, Helena. Aborto legalizado reduziria crime no Brasil. *O Globo*, Economia, p. 36, 31 jul. 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. *Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana*. São Paulo: Cortez, 1987. (Cadernos do Cedes, v. 4: Educação e saúde.)

CORRÊA, Marilena Villelea. *Novas tecnologias reprodutivas: imites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

FONSECA, Lana Cláudia de Souza. Ensino de ciências e saber popular. In: VALLA, Victor Vincent (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

GÓIS, Ancelmo. Sexo aos 14. *O Globo*, Rio, p. 21, 25 jan. 2004.

HERZOG, Regina. A percepção de si como sujeito da doença. *Physis*, v. 1, n. 2, 1991.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Diaz; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

_____. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SCOFIELD JUNIOR, Gilberto. A cultura dolorosa da beleza. *O Globo*, Segundo Caderno, p. 1, 9 jul. 2005.

SILVA, Léo. Escolas podem ajudar a reduzir taxas de gravidez na adolescência. *Jornal Educação Pública*, Rio de Janeiro, 21 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.educacao publica.rj.gov.br/jornal/materia.asp?seq=221>>. Acesso em: 3 maio 2005.

TONATTO, Suzinara; SAPIRO, Clary Milnitsky. Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e educação sexual: uma proposta de intervenção em ciências. *Psicologia e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 163-175, jul./dez. 2002.

UNESCO. Disponível em: <<http://www.unesco.org.br>>. Acesso em: 03 jun. 2005.

VASCONCELLOS, Fábio. Inocência violentada. *O Globo*, O País, p. 12, 14 jun. 2005.

WERNECK, Antônio. Aids entre idosos dobrou em dois anos. *O Globo*, Rio, p. 28, 21 mar. 2004.

WERTHEIN, Jorge. Sexo precisa virar tema nas escolas. *O Globo*, Opinião, p. 7, 10 abr. 2004.

_____. Sexualidade aponta novos rumos para políticas de juventude. *A Gazeta do Povo*, 9 set. 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=59231>>. Acesso em: 30 ago. 2005.

ZAIDAN, Patrícia. *Aborto: por que a mulher ter o direito de decidir dá medo em tanta gente?* Cláudia, ago. 2005.

Serviço gráfico realizado em parceria com a Fundação Santa Cabrini por intermédio do gerenciamento laborativo e educacional da mão-de-obra de apenados do sistema prisional do Estado do Rio de Janeiro.



Maiores informações: www.santacabrini.rj.gov.br

ISBN 85-7648-204-5



UENF
Universidade Estadual
do Norte Fluminense



Universidade Federal Fluminense



**GOVERNO DO
Rio de Janeiro**

SECRETARIA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Ministério
da Educação

