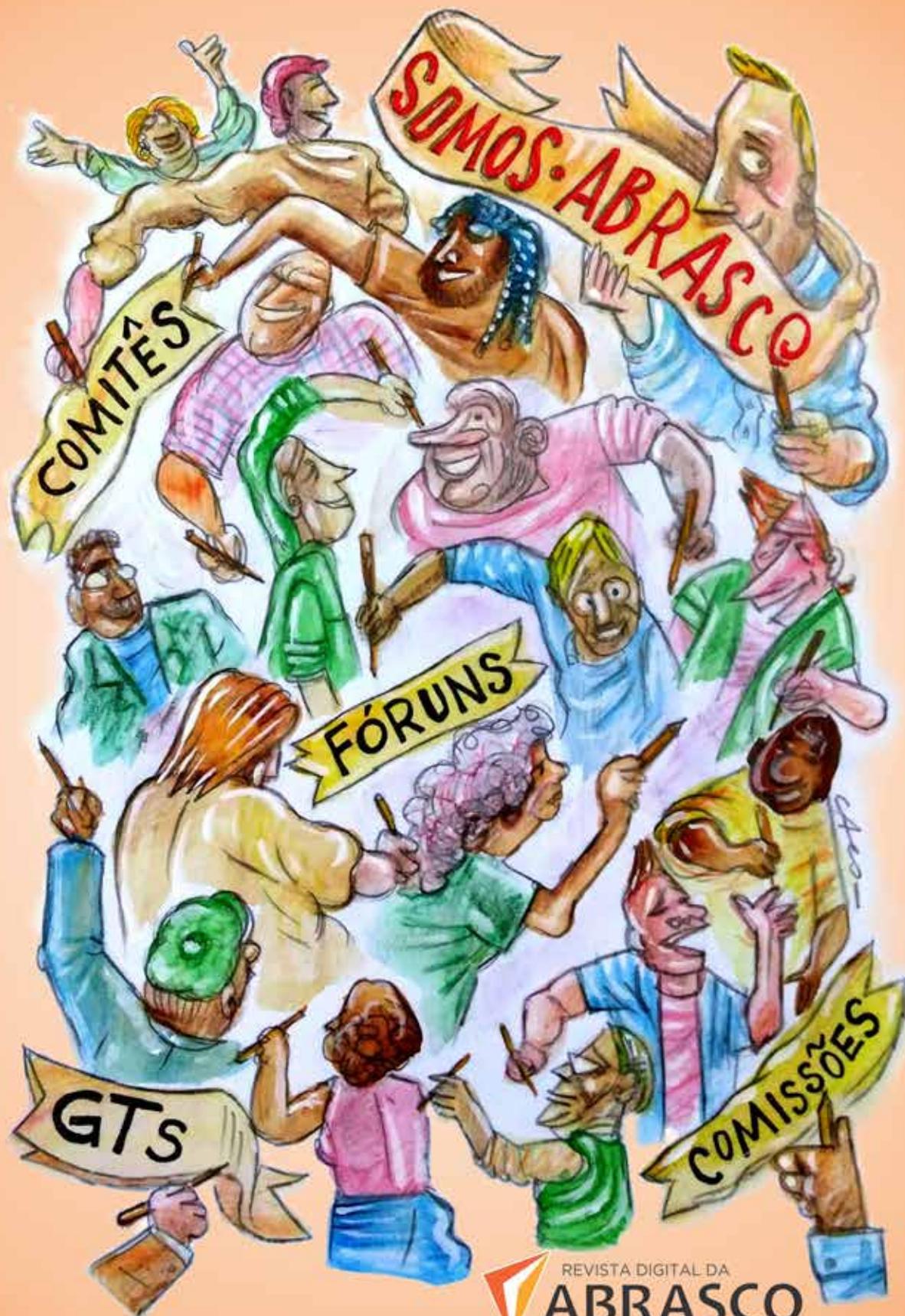


# ENSAIOS & DIÁLOGOS

Junho 2017

EM SAÚDE COLETIVA





#### Presidente

Gastão Wagner de Sousa Campos

#### Vice-presidentes

Cipriano Maia de Vasconcelos

Eduardo Faerstein

Eli Iola Gurgel Andrade

Elias Rassi Neto

José Antonio de Freitas Sestelo

Leny Alves Bonfim Trad

Mário César Scheffer

Nilton Pereira Junior

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Paulo Sávio Angeiras de Góes

#### Conselho Deliberativo

Alcídes Silva de Miranda, Anaclaudia Gastal Fassa,

Eleonora Dorsi, Elza Machado de Melo,

Guilherme Franco Netto, José Ivo dos Santos Pedrosa

Leonor Maria Pacheco dos Santos, Maria da Glória Lima

Cruz Teixeira, Marília Louvison, Raquel Maria Rigotto,

Ronir Raggio Luiz

#### Secretaria Executiva

Carlos Silva – *Secretário executivo*

Thiago Barreto – *Secretário executivo adjunto*

#### Gerente Geral

Marco Aurélio Pinto

#### Gerente Financeira

Cátia Pinheiro

#### Assistentes Administrativo/Financeiro

Dayane Souza, Andrea Souza, Aline Rodrigues,

Jorge Luiz Lucas, Jefferson Cordeiro

#### Secretaria e Assessoria Geral

Maria Inês Genoese

Roberta Nascimento

#### Setor de Associados

Angela Ferreira – *Coordenação*

#### Setor de Comunicação

Vilma Reis – *Coordenação*

Bruno Cesar Dias

#### Abrasco Livros

Fidel Pinheiro

Monica da Silva



Este quarto número da Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva comemora o trabalho dos Grupos Temáticos, Comissões, Comitês e Fóruns da Abrasco, sua pluralidade e manifestação como peculiaridades da nossa Associação. Esta edição especial foi pensada na reunião da diretoria ampliada de abril, que aprovou a criação de 3 novos Grupos Temáticos na Abrasco: “Deficiência e Acessibilidade”, “Racismo e Saúde” e “Violência e Saúde”.

Eu vejo estes GTs como forma importante de participação dos associados, na política de saúde, no Movimento de Reforma Sanitária, a partir das linhas de pesquisa, das especialidades de cada grupo. Estamos discutindo as dificuldades da diretoria com estes grupos, dos grupos com os associados, dos associados com a sociedade.

Somos uma entidade de tradição plural que tem o componente científico como essência, uma ciência que é troca e diálogo. Esta edição traz o fortalecimento da vida orgânica da Abrasco, como injeção de ânimo e forma de inquietar a Saúde Coletiva.

Todos temos um papel crucial na Associação porque cada um, com sua especificidade, acompanha todos os ataques sofridos pela Saúde Coletiva e sua complexidade, fazendo com que possamos unir forças a partir dessa diversidade de olhares sobre todas as áreas e assim constituir uma forma importante para que os associados da Abrasco incluam em seu que fazer cotidiano atividades de pesquisa, de intercâmbio, de divulgação científica e de ação política.

A Abrasco conta atualmente com 19 GTs nos quais participam mais de 350 associados. Os Grupos Temáticos não são linhas de pesquisa; ao contrário, se propõem a ser um espaço de articulação entre estudantes, profissionais e pesquisadores que pertencem a certo campo de investigação e de práticas.

Esta Ensaios é um convite para que mais associados participem dos grupos abrasquianos. Precisamos influir nos padrões culturais e na consolidação de políticas públicas em defesa das pessoas e do planeta. Não há sentido no crescimento econômico sem o concomitante desenvolvimento humano, social, político e ambiental. A omissão favorece aos poderosos de sempre. Favorece a desigualdade, estimula a violência e a concentração econômica e do poder.

*\*Gastão Wagner de Sousa Campos é professor titular da Universidade Estadual de Campinas e presidente da Abrasco*

<b>GT EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE</b>	<b>4</b>
A educação popular em saúde, suas interfaces e os caminhos de seu Grupo Temático na Abrasco	
<b>GT COMUNICAÇÃO E SAÚDE</b>	<b>11</b>
Lugar de fala, interlocução e escuta, pelo qual se possa conhecer, compreender e apoiar as lutas de Comunicação e Saúde	
<b>GT TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE</b>	<b>15</b>
A interlocução com as instituições acadêmicas e os órgãos gestores da política de saúde	
<b>GT INFORMAÇÕES EM SAÚDE E POPULAÇÃO</b>	<b>19</b>
30 anos de debates sobre as informações e suas tecnologias no SUS	
<b>GT RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES</b>	<b>22</b>
Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: expansão ou ameaça?	
<b>GT PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL</b>	<b>25</b>
Saúde é uma escolha política!	
<b>FÓRUM DE EDITORES DE SAÚDE COLETIVA</b>	<b>30</b>
O Fórum de Editores e a estratégia para ações políticas e científicas	
<b>COMISSÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE</b>	<b>33</b>
Ciências Sociais e Humanas em Saúde: <i>por uma investigação e intervenção mais plural</i>	
<b>GT GÊNERO E SAÚDE</b>	<b>37</b>
Conhecimento epidemiológico na temática de gênero e saúde no Brasil	
<b>GT ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA</b>	<b>40</b>
Alimentação e Nutrição Saúde Coletiva	
<b>COMITÊ DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS</b>	<b>43</b>
Relações Internacionais	
<b>GT SAÚDE BUCAL COLETIVA</b>	<b>44</b>
Saúde Bucal Coletiva: <i>subvertendo o território odontológico</i>	
<b>GT MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE</b>	<b>47</b>
Monitoramento e Avaliação em Saúde	
<b>GT RACISMO E SAÚDE</b>	<b>49</b>
Porque a Abrasco criou um GT Racismo e Saúde?	
<b>GT VIOLÊNCIA E SAÚDE</b>	<b>51</b>
Violência enquanto fenômeno biopsicossocial	
<b>GT DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE</b>	<b>53</b>
Acessibilidade: <i>elemento chave para inclusão social</i>	
<b>GT VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>	<b>55</b>
Apontamentos do Grupo Temático Vigilância Sanitária e seus desafios	



### A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, SUAS **INTERFACES** E OS **CAMINHOS** DE SEU GRUPO TEMÁTICO NA ABRASCO

**A** Educação Popular em Saúde – EPS, constitui uma perspectiva teórica e prática capaz de orientar o desenvolvimento de ações de cuidado e de Promoção da Saúde em caráter ampliado. Tais ações são pautadas pela valorização de dimensões críticas, sociais e políticas no processo educativo e na compreensão do papel da saúde em diferentes contextos e territórios. Pretende-se lograr a mobilização participativa e compartilhada de estratégias de apreensão crítica da realidade e enfrentamento de suas situações-limites.

O campo da EPS foi construído historicamente em um processo de lutas populares e de movimentos de resistência, empreendidos centralmente desde a década de 1970 nas primeiras experiências de saúde comunitária. O conjunto de sujeitos que se dedicam ao cuidado foram lançando infinitos fios, que, ao longo do tempo, se entrelaçaram nas trilhas do viver. Essas redes se unem por laços, acalentando e embalando vidas que semeiam, produzem, colhem, cuidam e celebram dores e alegrias do ser quem somos nesta grande rede viva em nosso planeta.

Pela EPS, cultiva-se uma cultura de promoção e de cuidado da saúde integrada com a dinâmica complexa da vida e da organização comunitária, sem medo de romper barreiras e ultrapassar os obstáculos que impedem o encontro que pode fortalecer vínculos essenciais, como de afeto, de respeito, de amor, de sensibilidade, de coragem e de vida. Ao mesmo tempo, também sabem como desatar “nós” e transformá-los em laços, construindo de forma compartilhada conhecimentos e ações na força da luta, da resistência e da organização popular, tecendo um novo mundo, pautado na justiça, no reconhecimento da diversidade, no amor, na solidariedade e na equidade.

Assim, conforme explicitado no texto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS-SUS, a EPS é um movimento libertário, direcionado à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida e de conhecimento e à superação das desigualdades sociais e todas as formas de discriminação, violência e opressão.

#### **ALGUNS DOS PRINCÍPIOS E INTERFACES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

Historicamente, a EPS e sua atuação em diferentes espaços contribuíram para a deflagração, constituição e consolidação de experiências e de novas práticas profissionais e trabalhos sociais. Nas últimas décadas, vêm se aprofundando e difundindo estudos, frutos das reflexões feitas nesse campo, que demonstram seu papel singular na reorientação dessas práticas.

No campo dos movimentos sociais, a EPS tem mostrado relevância na construção de elementos pedagógicos para a formação de sua militância e no fortalecimento das suas práticas. Em

sua história, a EPS tornou-se um referencial importante para os movimentos sociais e coletivos interessados na transformação social, assim como para gestões comprometidas com a ampliação da democracia e do protagonismo dos setores populares.

A EPS pretende fortalecer a construção de uma nova sociedade, na qual o poder esteja com os responsáveis pela produção social – os trabalhadores. É um processo educativo alicerçado em bases teóricas que fundamentam princípios e experiências. Configura-se como estratégia de resistência ao capitalismo e à exploração e dominação deste às classes populares, desenvolvendo processos educativos de luta pela existência e pela vida em condições dignas. A Educação Popular se propõe também a mudanças nas relações educativas no sentido de lutar contra os diversos tipos de verticalismo, autoritarismo, hierarquia, irracionalidade, exploração e desumanização, tanto na área da saúde como em outros campos da vida social.

A EPS se constitui, assim, de bases pedagógicas (teóricas e metodológicas) que implicam a formação de cidadãos com consciência crítica, ativa, reflexiva e problematizadora. Nesse sentido, também contribui na formação de profissionais de saúde, pesquisadores incluídos, igualmente de forma crítica, ativa, reflexiva e problematizadora, na intencionalidade de que o trabalho desses profissionais contribua na construção e promoção de uma vida digna a todas as pessoas.

Ao nosso ver, a principal marca da EPS, e também uma das características marcantes dos pesquisadores componentes do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde - GT EdPop, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva é o pressuposto de que o processo de produção do conhecimento é, fundamentalmente, uma construção social coletiva, na qual se pressupõe um diálogo autêntico, transformador, amoroso, crítico e emancipador com os protagonistas da realidade social, em especial, os grupos populares que estejam vivenciando situações concretas de opressão, exclusão, preconceito, marginalização e subalternidade. Tais sujeitos

são, tanto quanto os cientistas e pesquisadores, protagonistas do processo de compreensão profunda da realidade, suas vozes, saberes, fazeres, interesses e posições precisam estar contemplados ampla e horizontalmente nos processos de produção de conhecimentos.

Desse modo, o reconhecimento das pessoas, inclusive as mais simples e humildes, como sujeitos atuantes, não constituem, para esse GT, apenas um elemento de seu discurso ou uma tese entre seus escritos, mas uma prática cotidiana, que está permanentemente em busca de aperfeiçoamento, aprimoramento e qualificação. Isto se dá também por estudos e pesquisas dedicados à compreensão e apreensão de práticas educativas, trabalhos sociais e ações profissionais que procurem instituir abordagens nessa direção, ressaltando seus caminhos de produção, suas aprendizagens e também seus obstáculos, limites e contradições.

A EPS vem conquistando espaços e legitimidade, e o GT EdPop da Abrasco vem se constituindo como um espaço importante nesse campo junto com a Rede de Educação Popular e Saúde - REDEPOP, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - ANEPS e a Articulação Nacional de Extensão Popular - ANEPOP, que são coletivos agregadores de experiências e de atores sociais atuantes nessa área.

### **O GT DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, SUA CONSTRUÇÃO E ATUAÇÃO**

O GT EdPop tem um conjunto de professores, pesquisadores e profissionais de saúde dedicados cotidianamente à construção de ações nos vários campos de atuação na saúde, da Atenção Básica à gestão. Em todos, com a perspectiva de, através da pedagogia freiriana e dos princípios da Educação Popular, articular outras formas de pensar e de fazer saúde nesses campos. Dentro do GT já existe uma diversidade de saberes, conhecimentos e experiências.

Esse GT de Educação Popular e Saúde nasceu durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador, nos dias 28 e 29 de agosto de 2000, a partir da Oficina da Rede de Educação Popular em Saúde, cujos participantes e outros profissionais de serviços e da área acadêmica estavam envolvidos com o tema. Foram debatidos princípios conceituais e metodológicos de uma área de pensamento e ação que vem assumindo importância crescente na trajetória da Saúde Coletiva brasileira.

No contexto da implementação do Programa de Saúde da Família, e com as demandas para a formação de pessoal e para a avaliação das ações de saúde, apontou-se para os integrantes da oficina de Educação Popular e Saúde a necessidade da institucionalização das atividades vinculadas à formação e à pesquisa,

ensejando a proposta da criação do Grupo de Trabalho da Abrasco.

Os objetivos do GT voltaram-se, em sua origem, para:

- a inserção e fortalecimento do tema EPS na formação ampliada de recursos humanos em saúde em nível de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu*;

- o desenvolvimento de projetos integrados de pesquisa, organizados em torno de linhas de pesquisa, vinculando grupos de diferentes instituições acadêmicas;

- a divulgação das reflexões teórico-metodológicas do campo, através de publicações (livros, artigos, hipertextos, etc.), do boletim Nós da Rede, da página na Internet e na lista de discussão.

Em encontros posteriores, avançou-se na definição de objetivos de articulação deste GT com outros atores sociais, tais como movimentos e grupos sociais da área da saúde, movimentos estudantis, de profissionais de saúde. A partir de 2003, buscou-se incluir também os sujeitos envolvidos com práticas educativas transformadoras, e a partir da estruturação da ANEPS, que envolve militantes de movimentos e pessoas que desenvolvem práticas educativas, além dos parceiros institucionais de secretarias municipais e estaduais de saúde, e do Ministério da Saúde

Diante da importância crescente assumida pela questão da Educação Popular, inclusive com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES, em 2003), o GT ampliou o seu papel para além da participação em eventos, desenvolvendo linhas de ação para produção de conhecimentos e para a interação com outros movimentos sociais.

O GT é formado atualmente por três coordenadores e mais dezoito membros. São participantes institucionais, além dos participantes individuais: Grupo Hospitalar Conceição-GHC (Rio Grande do Sul); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; Uni-

**A Educação Popular em Saúde é um movimento libertário, direcionado à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida e de conhecimento e à superação das desigualdades sociais e todas as formas de discriminação, violência e opressão.**



versidade Federal da Paraíba; Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade do Estado do Ceará; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); Universidade Federal do Piauí; Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal de Pelotas; Universidade Federal de São Carlos; e Ministério da Saúde.

Nos tempos atuais, o desafio de nossa caminhada é criar iniciativas que propiciem ações em espaços de articulação e de trabalho compartilhado, onde o conjunto de pessoas possa estar construindo coisas importantes, de maneira articulada, potencializando experiências e, ao mesmo, tempo, tendo a capacidade de mediar ações e debates que façam da Educação a base inspiradora e reorientadora das ações do SUS, com um importante papel da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

O trabalho do GT EdPop tem uma intencionalidade voltada às pessoas que estão na ponta dos serviços, construindo a saúde no dia a dia a partir de práticas inovadoras e emancipadoras num contexto social que tende a aumentar em dificuldades e obstáculos.

Precisa-se destacar que o GT enfrenta hoje um de seus principais desafios: atuar frente às exigências atuais que se colocam num contexto de avanço das políticas neoliberais no Brasil e no mundo, com o retrocesso dos direitos sociais, trabalhistas e da própria democracia. Nesse contexto, além dos efeitos sobre a vida das pessoas, somam-se as dificuldades para realização das atividades em função dos cortes de recursos orçamentários.

Por isso, junto a outras organizações do campo da Saúde Coletiva e de movimentos e organizações sociais e populares que atuam na saúde, somamo-nos à resistência, à luta e à construção da democracia, dos direitos, da saúde e da dignidade em defesa da vida.

Como a EPS pode se traduzir em uma perspectiva ética-política que orienta a construção de processos sociais e educativos contra-hegemônicos no campo da saúde, mas ao mesmo tempo ser capaz de, com postura crítica, criativa e inovadora, apontar novos caminhos? Como a Educação Popular pode expressar uma teoria e uma metodologia que pautam abordagens participativas e emancipa-

Uma das características marcantes do nosso GT é o pressuposto de que o processo de produção do conhecimento é, fundamentalmente, uma construção social coletiva, na qual se pressupõe um diálogo autêntico, transformador, amoroso, crítico e emancipador com os protagonistas da realidade social, em especial, os grupos populares que estejam vivenciando situações concretas de opressão, exclusão, preconceito, marginalização e subalternidade.

tórias para os processos educativos em saúde, de maneira articulada à necessária denúncia do contexto supracitado e também seu enfrentamento e estratégias de superação?

Nesse sentido, como podemos, enquanto movimento de Educação Popular em Saúde, constituir espaços de diálogo e produção coletiva com os protagonistas das diversas e ricas experiências? Como construir, nessas experiências, consensos de ações coletivas visando fortalecer o SUS, as práticas populares de saúde e a construção compartilhada do conhecimento como princípio ético no fazer em saúde?

Mesmo que cada coletivo nacional de EPS (o próprio GT, a ANEPS, a Rede de Educação Popular em Saúde, que é o mais antigo e pioneiro, e a ANEPOP) tenha suas caminhadas e suas pautas específicas, é fundamental que consigamos nos unir, dialogar e construir estratégias pensando a EPS como um todo. A conquista e efetivação da própria PNEPS-SUS só foi possível em decorrência de uma abertura no diálogo com o então Governo Federal e a partir do momento em que esses quatro coletivos se uniram para reivindicar a política. Com isso, buscavam também construir, ao mesmo tempo em que acolhia e mobilizava outros coletivos importantes ao longo do processo, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras em Saúde (RENAFRO), entre outros, compondo inclusive o Comitê Nacional da Educação Popular em Saúde (CNEPS) do Ministério da Saúde (MS), instituído em 2009.

Nesse sentido, foi marcante a participação do GT, juntamente com os demais coletivos nacionais de EPS e movimentos acima citados, entre outros, na elaboração e construção de políticas de saúde como: equidade, humanização, etc. como foi o processo de construção da PNEPS-SUS, marcado por uma perspectiva democrática e dialógica de fazer política pública.



### ALGUMAS DAS AÇÕES E DOS PROCESSOS CONSTRUÍDOS PELO GT

Acreditamos que um dos caminhos mais importantes na sequência da história do GT, particularmente no atual cenário social e político, seja continuar provocando esse diálogo, tanto em ações concretas, incluindo projetos de formação (como o EDPOPSUS), projetos de pesquisa e apoio à sistematização (como os Cadernos de Educação Popular em Saúde e o Prêmio Victor Valla), eventos, seminários e encontros (entre eles, as Tendras Paulo Freire), e também estratégias de fomento à experiências de Extensão em Educação Popular e Saúde (como o Projeto VEPOP-SUS).

Acreditando na construção de processos de resistência no campo de produção do conhecimento, o GT produziu, em parceria com o Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SGEP) de duas edições do Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde. Criado em 2010, o Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde tem por finalidade apoiar e contribuir com o fortalecimento dos grupos, coletivos, movimentos populares e acadêmicos, assim como dos serviços de saúde, que desenvolvem ações de EPS, de forma democrática e dialógica. O Prêmio, que recentemente teve a realização de sua 2ª edição, é uma homenagem ao professor Victor Vincent Valla (1937-2009), que também foi membro deste GT, e que, em sua trajetória de militância e produção acadêmica, construiu um legado que nos inspira a refletir sobre os modos de viver e produzir saberes populares e suas relações com a saúde. Incluído entre as ações prioritárias da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), o Prêmio é produto do diálogo entre a SGEP e os diversos coletivos e movimentos sociais e populares que atuam na Educação Popular, organizados no Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS).

Em relação às produções bibliográficas, temos, em parceria com o Ministério da Saúde, a elaboração e escrita conjunta de duas

edições do Caderno de Educação Popular em Saúde. Em 2015, participamos de uma importante iniciativa de fomento e qualificação da produção científica em EPS, com números temáticos de Educação Popular e Saúde na Revista Interface e na Revista de Atenção Primária à Saúde, nas quais alguns de nossos membros são componentes de seus respectivos Conselhos Editoriais.

Atualmente, estamos construindo uma coletânea com membros do GT, intitulada “Educação Popular em Saúde: Aspectos Conceituais”, que são reflexões de princípios e fundamentos da prática de Educação Popular em Saúde, não no sentido de apenas transmitir conceitos ou conhecimentos, mas no de trazer elementos para que as pessoas reflitam suas práticas e possam desvelar e fortalecer seus processos na caminhada.

No campo da formação, o GT também pauta debates junto com os demais coletivos de EPS, o Ministério da Saúde e outras instituições no sentido de viabilizar estratégias de enfrentamento de abordagens conservadoras e tecnicistas e visibilização de que é possível construir o processo de ensino e aprendizagem com as balizas da EPS.

Nesse sentido, ressaltamos nossa participação junto ao Curso de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde (EdpopSUS), coordenado pela Escola pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde. O curso foi

realizado entre novembro de 2013 e agosto de 2014 e teve 19 mil inscritos. Foram 53 h de curso, sendo 32 h de encontros presenciais e o restante com conexão virtual e trabalho de campo; participaram 8 estados, além do Distrito Federal.

Em 2016 foi iniciado o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS II), com a duração de 160 horas, na modalidade presencial; coordenado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS. Ocorre em 13 estados: Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, com um total de 3.745 educandos inscritos em 107 turmas, com dois educadores por turma. A meta é que tenha 7 mil educandos, e uma nova etapa já está programada para o segundo semestre de 2017.

Na área de apoio à formação profissional, foi realizado o Curso de formação Histórica e Política para Estudantes das Áreas da Saúde, ministrado em 2014, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por meio do Convênio 774339/2012, entre o MS/SGEP e UERJ, prevendo atividades de formação e comunicação da PNEPS. O Curso, de caráter extensionista, com 60 horas e na modalidade semipresencial, certificou mais de 300 estudantes no país todo, envolvendo na sua produção e desenvolvimento 22 Instituições de ensino superior públicas e privadas do país, além de movimentos sociais, de acordo com a realidade de cada local. Todo o material<sup>1</sup> do Curso encontra-se em processo de edição, com vistas a uma futura publicação.

Deve-se ainda ressaltar o Projeto de Pesquisa e Extensão Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS (VEPOP-SUS)<sup>2</sup>, que constitui iniciativa de apoio e fomento às experiências de Extensão Universitária na linha da Educação Popular em Saúde, de maneira integrada com os espaços

e sujeitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua frente nacional, vem atuando com uma equipe operacional de pesquisadores e consultores ancorada na UFPB, com ações de eventos, oficinas, encontros, difusão de informações, compartilhamento de publicações e materiais didáticos no campo da Educação Popular e do SUS, incluindo a promoção o Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (ENEC), onde há uma oportunidade de vivências e experiências de estudantes de graduação de todo o país em práticas de Extensão orientadas pela Educação Popular nos espaços do SUS. Outra frente de atuação importante é o apoio ao desenvolvimento de publicações e republicações de obras relevantes no âmbito da Extensão Popular, da Educação Popular e da Formação em Saúde, assim como a divulgação de produtos referentes a pesquisas realizadas neste campo e de reflexões sobre estas práticas, no sentido de incentivar e aprimorar o registro, a pesquisa e a sistematização de experiências nas diferentes iniciativas em nível nacional<sup>3</sup>.

O GT sempre atuou em parceria com os coletivos da área de Educação Popular e a estratégia de viabilização das Tendas Paulo Freire, editada pela primeira vez no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (em 2006), e similares em congressos e eventos da Saúde vem sendo espaços de articulação, mobilização, reflexão, de produções conjuntas e de cuidados integrativos de diferentes atores sociais na saúde do Brasil e do mundo. Vem contribuindo para compartilhar saberes, práticas, conhecimentos e para fortalecer os laços de articulação, além de também vir divulgando a PNEPS-SUS. Esses espaços são produtores de inovações no SUS, onde vêm sendo implantadas, junto aos movimentos sociais, experiências de EPS, nos municípios, nas universidades, oriundas de debates ou vivências produzidas nessas tendas de saúde e cultura.

1. Ver <http://www.latic.uerj.br/fhpsaude/>

2. Ver: <http://www.vepopsus.blogspot.com>

3. Os livros editorados, publicados e/ou impressos pela Coleção VEPOP-SUS podem ser encontrados no Portal ISUU: <<https://issuu.com/vepopsus>>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

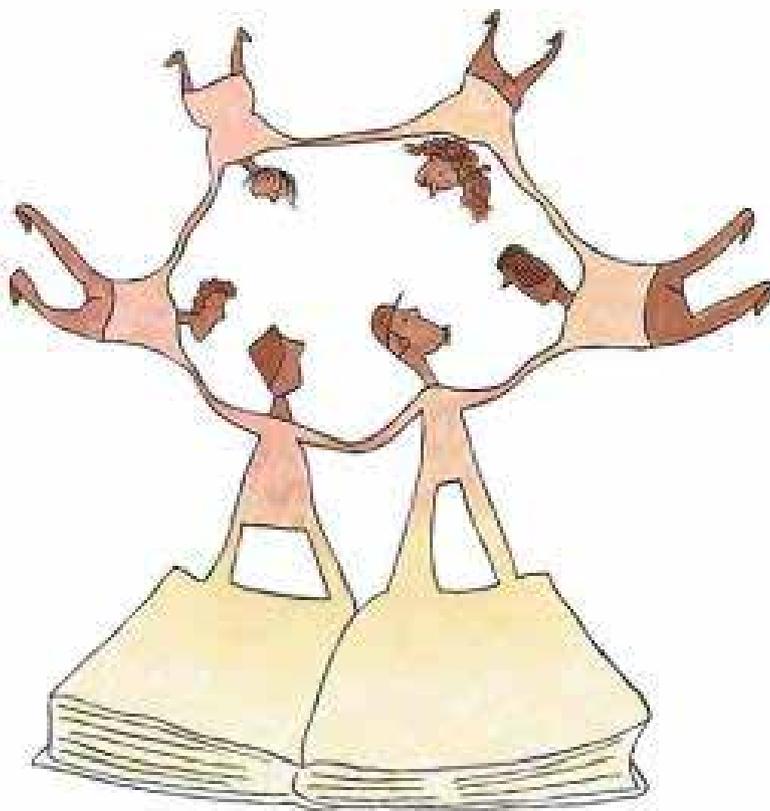
Mesmo no contexto do atual Governo Federal, cuja perspectiva ética e política dominante não é coerente com os princípios da EPS, a PNEPS-SUS está instituída e recentemente seu plano operativo foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Na última reunião que houve do Comitê nacional da PNEP-SUS, foi consenso entre os movimentos que é importante reivindicarmos a sua implementação junto ao Ministério, pois a PNEPS-SUS não é uma política de governo nem de partido, mas uma política do Estado brasileiro, do SUS, e temos que exigir que ela seja implementada com criticidade, amorosidade, respeito, com todos os princípios que a educação popular traz. Pensar a PNEPS-SUS será um desafio nosso, e essa é uma agenda compartilhada com esses coletivos que precisamos manter.

Dentre as prioridades do GT para o futuro, está a realização de uma oficina de planejamento do GT; a sistematização e divulgação das experiências, produções culturais e pesquisas que foram premiadas no Prêmio Victor Valla; a elaboração e edição do 3º Caderno de Educação Popular em Saúde; o apoio no desenvolvimento do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para Agentes de Saúde e de endemias, coordenado pela Escola Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e Ministério da Saúde; apoio aos processos formativos na área de educação popular em saúde junto a movimentos sociais, conselheiros de saúde e espaços junto às instituições de ensino na saúde e o aprofundamento sobre referenciais teóricos da Educação Popular em Saúde.

Afirmamos nossas lutas em defesa da vida, da democracia, da Saúde como direito universal, e do SUS, como política pública com a universalidade, integralidade, equidade e participação popular, e em defesa dos direitos humanos, sociais, trabalhistas, previdenciários, econômicos, políticos e culturais.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)
- CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; PULGA, Vanderléia Laodete. Entrevista com Pedro Cruz e Vanderléia Pulga, coordenadores do GT EdPop/ Abrasco [entrevista a Bruno C. Dias]. Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/entrevista-com-pedro-cruz-e-vanderleia-pulga-coordenadores-do-gt-edpopabrasco/25886/>
- OLIVEIRA, Maria Waldenez (org.). Educação Popular e Saúde no Brasil e os coletivos de Educação Popular e Saúde: contextos históricos. In: Rede de Educação Popular em Saúde. Disponível em: <http://redepopsaude.com.br/biblioteca/476/>





Lugar de  
**FALA, INTERLOCUÇÃO e ESCUTA,**  
pelo qual se possa conhecer, compreender  
e apoiar as lutas de Comunicação e Saúde

POR INESITA SOARES DE ARAUJO

**Q**ue me perdoem os passarinhos pela comparação que os desmerece, mas atravessamos uma época bicuda. Há quem ande até falando em fim dos tempos. Tanto retrocesso, tanta desilusão, tanto sofrimento, tanta desumanidade... É a treva! Como diria certa personagem de novela.

Para nós, do GT Comunicação e Saúde (carinhosamente, GTCom) é tempo de reavaliação e revisão, de reflexão e inflexão. Temos uma história longa, que vem desde 1993, quando fomos reconhecidos pela Abrasco como um de seus grupos temáticos, aquele que deveria pensar e atuar sobre essa desafiante área de interface que articula dois campos em si mesmos interdisciplinares, o da saúde e o da comunicação.

De fato, o GTCom começou a ser gestado em 1989, um pouco depois da instituição do SUS, em sucessivos encontros de pessoas que já militavam na área da saúde e que se reconheceram partilhando um mesmo projeto: afirmar a comunicação como dimensão fundamental para as propostas da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde - SUS. Já lá se vão 28 anos, muitas luas cumpriram seu ciclo desde então, muitas narrativas disputaram sentidos, muitas lutas foram enfrentadas. O projeto continua firme e atual, mas hoje enriquecido pelo correr da história.

A história do GTCom é parte constitutiva e reflete a história recente do próprio campo da Comunicação e Saúde. Quando alguém faz a genealogia do campo, o GT está lá, sendo protagonista do momento em que a relação entre a comunicação e a saúde deixa de ser vista de modo apenas utilitarista para ser entendida como campo social, com suas dimensões política, teórico-metodológica, tecnológica e

prática. Um campo que engloba os processos de produção e circulação e apropriação dos sentidos sociais, sentidos com os quais as pessoas agem sobre o mundo. Quando aquele grupo de professores e profissionais da saúde criaram o GT, estavam inaugurando um tempo de investimentos políticos, científicos e de formação que mudaram a relação entre a comunicação e a saúde. Dali para a frente tanta coisa aconteceu...

A instituição do SUS foi um marco muito importante nesse processo. Ao definir como um de seus princípios a participação, sem a qual os outros princípios ficam sempre em débito, constituiu a comunicação de forma orgânica em seu projeto. Não se faz participação sem comunicação. Não se atinge a universalidade, não se pratica a equidade, não se constitui a integralidade. Não se tem saúde sem comunicação. Comunicação é Saúde.

É bem verdade que houve outro contexto importante para a Comunicação: foi o conceito de Saúde Coletiva, que trouxe as pessoas para dentro da Saúde Pública, tornando-se assim um espaço que acolhe e promove a comunicação. Por seu lado, conferências internacionais estabeleceram prioridades que levaram à inclusão da comunicação como área estratégica para os fins da Saúde, seja como obrigação dos governos de informar sobre saúde, a necessidade de favorecer as capacidades da população de protagonismo e autogestão da saúde, a relevância da atenção primária da saúde, com suas exigências de relações interpessoais, tudo com evidente repercussão no plano discursivo, no desenvolvimento de áreas e projetos de pesquisa e o investimento em formação profissional específica. Mas o marco principal, o que mobilizou corações e



## O GTCOM COMEÇOU A SER GESTADO EM 1989, EM SUCESSIVOS ENCONTROS DE PESSOAS QUE JÁ MILITAVAM NA ÁREA DA SAÚDE E QUE SE RECONHECERAM PARTILHANDO UM MESMO PROJETO:

mentos por uma comunicação mais plena e correspondente aos valores de democracia, direitos humanos, universalidade, equidade e integralidade, foi o SUS, a luta pelo SUS.

Ao longo desses anos todos, o GTCOM buscou acompanhar e fortalecer as lutas da Saúde, mas também apontar a relação das lutas da Comunicação com as da Saúde. Fizemos pesquisas, investimos em formação em todos os níveis, nos articulamos politicamente com outros setores da sociedade. Nos Congressos da Abrasco, estivemos lá, com cursos, oficinas, mesas, avaliando e apresentando trabalhos com resultados de nossas pesquisas e outros investimentos. Também estivemos ativamente nas Conferências de Saúde, garantindo que a comunicação fosse considerada e incorporada entre as principais demandas do controle social e do SUS. A partir de 2012, seguindo as novas diretrizes da Abrasco, que ampliou seu escopo de associados, promovemos reuniões regionais e setoriais, buscando abrir o debate e favorecer o surgimento de redes de comunicação.

Os temas foram acompanhando as lutas políticas da Saúde que, articuladas às lutas próprias da Comunicação e ao seu desenvolvimento conceitual, tornaram-se prioridades da Comunicação e Saúde. Inicialmente, havia forte acento no controle social. Qual o lugar da comunicação nessa instância de participação social e como ela era praticada? A relação entre comunicação e gestão participativa do SUS também pedia investimentos e foi objeto de pesquisa e estudos acadêmicos. A formação em Comunicação e Saúde deu seus primeiros passos, com cursos de atualização e aperfeiçoamento. Outro tema importante: a análise crítica das campanhas governamentais de saúde e da comunicação publicitária e midiática. Duas pesquisas sobre a prevenção da Aids contribuíram para seu entendimento:

uma analisou as campanhas do Ministério da Saúde e outra, tendo como sujeitos de pesquisa jovens das periferias urbanas, questionou o método convencional de avaliação da comunicação em temas da saúde e introduziu outra possibilidade, baseada no protagonismo dos participantes.

Protagonismo foi também um tema candente no momento seguinte, em que as tecnologias digitais passaram a estar em evidência como modeladora de novas práticas sociais. O cidadão conectado, a web como novo espaço de ação e interação, as redes sociais, o governo eletrônico. Uma pesquisa de mestrado e uma de doutorado observaram e delinearam a mudança na configuração da relação médico-paciente, agora mediada pelo “Dr. Google”.

Com o protagonismo em alta, emergiu com força o tema do direito à comunicação como indissociável do direito à saúde. A Lei de Acesso à Informação e os desafios que trazia para o sistema de saúde foram objeto de atenção. Acesso se tornou palavra chave para a Comunicação e Saúde. Uma pesquisa na XII Conferência Nacional de Saúde apontou estratégias dos conselheiros para se fazerem ouvir e defenderem seus interesses, mas também mostrou a desigualdade do acesso ao direito à palavra.

O ensino da Comunicação e Saúde se afirmou como pauta, surgindo especializações, um mestrado profissional e, em 2009, um mestrado acadêmico e um doutorado. Os cursos de graduação em saúde coletiva foram despontando aqui e ali, num movimento irreversível. Duas revistas que conferem centralidade à Comunicação e Saúde em seu escopo consolidaram nossa inserção no campo científico, assim como editais de pesquisa que especificaram áreas de nossa competência. O campo da Comunicação e Saúde passou a ser

## AFIRMAR A COMUNICAÇÃO COMO DIMENSÃO FUNDAMENTAL PARA AS PROPOSTAS DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS

objeto de investimento: suas interfaces, interesses e práticas, agendas e agentes, suas linguagens. As Vigilâncias Sanitárias e em Saúde demandaram à Comunicação e a relação entre mídia e Saúde adquiriu grande centralidade, com destaque para os dispositivos e embates discursivos, interesses e estratégias, sentidos da saúde e da doença nos enredos midiáticos (inclusive no universo dos jogos on-line), a experiência dos observatórios. Uma pesquisa sobre a comunicação na prevenção da dengue comparou os dispositivos discursivos da mídia e o das instituições de saúde, constatando semelhanças entre eles. Outra foi às regiões do país, buscando desvelar o fazer comunicativo nas diversas instâncias do SUS. Outra, ainda, aprofundou a percepção dos gestores sobre a comunicação. Mais outra desvelou os dispositivos midiáticos da construção dos sentidos da gripe H1N1. A publicidade seguiu recebendo atenção, destacando a publicidade infantil, associada à alimentação, também presente nos estudos sobre discursos e representações estético-corporais.

E chegamos de volta aos nossos tempos bicudos, marcado por grandes mudanças tecnológicas, novas sociabilidades e discursividades e por uma luta acirrada entre avanços e retrocessos políticos. Não podemos abandonar os temas e bandeiras de luta que já entraram na roda, pois muita coisa ainda precisa ser estudada e movimentada. Muitos desses temas contrariam interesses hegemônicos e consolidados em práticas cristalizadas desde o início

A grande mídia complexifica esse cenário, ao imprimir ao seu noticiário de saúde o critério da espetacularidade e ao acentuar o processo conhecido por medicalização da vida e da prática social. A dimensão comunicacional desse processo é um tema importante para Comunicação e Saúde, como o é o processo de midiática da Saúde, que leva as instituições sanitárias a organizarem sua prática comunicacional seguindo os códigos e protocolos midiáticos.

A relação da Comunicação e Saúde com alguns temas vai ganhando mais visibilidade, como a violência, a segurança pública, a dependência química, a contaminação por agrotóxicos, a sustentabilidade, os direitos sexuais e reprodutivos, as identidades de gênero, o lugar ocupado nos meios de comunicação pelas narrativas autobiográficas sobre o sofrimento. Conceitos como contexto e território se tornam indispensáveis.

A formação continua sendo uma pauta das mais importantes. Não só fortalecendo as instâncias de graduação e pós-graduação,

*Não se faz participação sem comunicação. Não se atinge a universalidade, não se pratica a equidade, não se constitui a integralidade.*

*Não se tem saúde sem comunicação. Comunicação é Saúde*

do século XX, por isso mesmo difíceis de enfrentar. É ainda muito presente a visão utilitarista da comunicação, que só legitima sua dimensão prática e por um viés que a subalterniza e a seus agentes frente aos demais campos e sujeitos da Saúde, negando sua dimensão política e sua competência teórica, metodológica e científica. Há que estar atentos e fortes, diz a música.

Entrementes, outros temas pedem atenção e investimento. O aceleramento do desenvolvimento das tecnologias digitais favoreceu a circulação de uma enorme pluralidade de discursos, provocando grandes mudanças no cenário comunicacional. Por um lado, isso é muito bom, afinal avançamos um pouco na luta pela desconcentração do direito de circular seus próprios sentidos. Por outro lado, produz efeitos que desafiam a Saúde, especialmente a Comunicação e Saúde. Presenciamos uma reconfiguração das vozes autorizadas para falar de saúde. Se antes as instituições de saúde disputavam espaço apenas com os meios de comunicação de grande alcance e algumas igrejas, hoje são muitas as vozes, múltiplas as narrativas. A dinâmica das redes sociais, entre outros fatores, provoca um deslocamento da credibilidade e da legitimidade discursiva, de modo que a informação que emana das instituições de saúde é relativizada ou contestada por outras que circulam vindo de diversas fontes, inclusive anônimas.

mas também enfocando a formação dos trabalhadores e gestores do SUS.

Dois temas se sobressaem em sua importância política. Por um deles, o GTCom aprofunda seu compromisso com a democratização da comunicação, incorpora-se à defesa do Marco Civil da Internet que universalize o acesso à internet de banda larga com qualidade, soma-se aos que lutam por um sistema público de comunicação, aos que defendem um novo marco regulatório das comunicações, o controle social da mídia e uma legislação favorável ao acesso aberto à produção científica nacional financiada com recursos públicos.

Por outro, o GTCom assume o compromisso de evidenciar e atuar técnica e politicamente sobre a relação entre comunicação e desigualdade/iniquidade social. Essa luta é pelo reconhecimento da Comunicação como parte importante do processo de determinação social, elemento capaz de produzir ou contribuir para exacerbar ou minimizar as condi-

ções de desigualdade social e as iniquidades em saúde e pela visibilidade da relação entre comunicação e negligenciamento em saúde. A equidade é, aqui, o mais importante princípio do SUS, contraditoriamente o que vem sendo menos contemplado nas políticas de Comunicação e Saúde. A equidade é o princípio sem o qual nenhuma das outras eventuais conquistas, inclusive as da democratização da comunicação, serão efetivas e completas.

Um último e fundamental tema a ressaltar, que atravessa todos os demais e nos desafia permanentemente: a consolidação e amplo compartilhamento de uma concepção de Comunicação e Saúde que não se restrinja a direito a informação, mas inclua o direito a voz. Sem o reconhecimento do direito universal e equitativo a voz, qualquer comunicação apenas será uma estratégia de fortalecimento das vozes institucionais e dos saberes e visões de mundo que elas representam. Não será uma comunicação que promova os direitos de cidadania nem que contribua com o projeto de um SUS com universalidade e equidade.

São esses novos tempos, de avanços tecnológicos e retrocessos políticos, de ampliação das vozes que se apresentam no espaço público para falar de saúde, que exigem do GTCom uma reconfiguração que lhe permita a reorganização de suas forças para o enfrentamento de tantos desafios. Buscamos uma estrutura que nos dê mais: mais agilidade para acompanhar o dinamismo do campo político; mais capilaridade social para identificar as lutas e demandas de múltiplos territórios; mais abertura para o reconhecimento e o acolhimento de novas vozes e suas visões de mundo, comunicação e saúde; mais capacidade de presença ativa em várias partes do país; mais articulação com as lutas de outros GTs da Abrasco e GTs de Comunicação e Saúde de outras entidades.

**É AINDA MUITO PRESENTE A VISÃO UTILITARISTA DA COMUNICAÇÃO, QUE SÓ LEGITIMA SUA DIMENSÃO PRÁTICA (...), NEGANDO SUA DIMENSÃO POLÍTICA E SUA COMPETÊNCIA TEÓRICA, METODOLÓGICA E CIENTÍFICA.**

Nessa busca, que não começou agora, mas que agora começa a se materializar, nos apropriamos livremente do método de mobilização de Bernardo Toro, filósofo e educador colombiano, com grandes contribuições para o pensamento e a prática social democrática na América Latina, inclusive no Brasil. Entre as ideias centrais que orientam seu método, está a de que a comunicação tem que fazer emergir as vozes que no cotidiano não encontram forma de expressão e amplificação. Toro acredita nas forças vivas da sociedade, para ele a mobilização está em favorecer o movimento dessas forças. Assim, propõe organizar pessoas em torno de uma ideia força, que ganhará concretude da forma que for possível a cada um, em seus contextos e dentro de suas possibilidades. O papel do mobilizador é, então, apoiar as iniciativas.

O GTCom se inspira nessa proposta para redesenhar-se. Um núcleo coordenador, um núcleo de referência e uma rede de membros articuladores em diversos pontos do país. Estes são como rizomas, atuarão ao mesmo tempo como agentes de escuta, de mediação, de ação, coordenação e representação local. Coletivamente formarão o GTCom com os coordenadores e os membros do núcleo de referência, estes, que por sua experiência e maturidade nos percursos e nas lutas da Comunicação e Saúde, podem ver com mais clareza os caminhos e suas implicações, traçar correlações, analisar e fomentar políticas.

Em resumo, queremos operar agora de forma mais plural, descentralizada, territorializada e contextualizada. Queremos que o GTCom seja um lugar privilegiado de fala e interlocução, que ele já é, por sua vinculação à ABRASCO, mas que esse privilégio seja compartilhado com um número maior de pessoas. E que seja também um lugar de escuta, pelo qual se possa conhecer, compreender e apoiar as lutas locais de Comunicação e Saúde.

GTCom. Um GT da Abrasco que começou com um encontro de pessoas em busca de viabilizar um projeto em favor do SUS e agora caminha para novos encontros e novos projetos, com uma convicção: Comunicação é Saúde. A convicção de que sem comunicação não há saúde, uma comunicação plena, que mereça esse nome, que contemple o direito a voz, em todos os níveis, que entenda que não há condições de igualdade no acesso a esse direito e por isso a equidade é seu eixo.

## A INTERLOCUÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS E OS ÓRGÃOS GESTORES DA POLÍTICA DE SAÚDE

POR ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva vem, ao longo de sua trajetória, estimulando a organização de Comissões e Grupos de Trabalho, reunindo pesquisadores e docentes que atuam em áreas específicas, com a finalidade de subsidiar as decisões da Diretoria da entidade com relação a questões políticas e científicas da área. Nessa perspectiva, foi criado o GT de Trabalho e Educação na Saúde, em 1994, com a denominação de Recursos Humanos e Profissões de Saúde, cuja atuação em processos de natureza científica, técnica e política, vem aglutinando forças em torno de projetos essenciais ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde nesta área específica.

Uma das grandes contribuições desse GT em seus primeiros anos de atuação, foi a concepção e estruturação da Rede de Observatórios de Recursos Humanos, projeto estimulado pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS, que resultou na execução de um conjunto de projetos de investigação acerca da situação e tendências da formação, distribuição e inserção profissional no mercado de trabalho em saúde no país. Também de grande importância, nesse período, foi a estruturação de uma política de formação para o nível médio, associada à criação das Escolas Técnicas de Saúde, com amplo debate envolvendo a comunidade científica, o Ministério da Saúde e a OPAS.

Toda a expansão e consolidação da área de recursos humanos no âmbito do Estado, se deu acompanhada de uma produção científica voltada para a concepção de uma governança estratégica, com características peculiares, tendo no Curso de aperfeiçoamento em desenvolvimento de recursos humanos de saúde - CADRHU uma proposta exemplar, concebida e debatida nos fóruns organizados pelo GT e em espaços acadêmicos da área de

Saúde Coletiva. Essa estratégia, favoreceu uma expansão da área e a formulação de um pensamento crítico, que permitiu a formação de quadros, em larga escala, através de uma rede de formação, com a estruturação de equipes nos estados e municípios, em todas as regiões do país.

Como parte dos esforços de atualização do debate teórico-conceitual em torno dos objetos desse campo, durante o ano de 2007 o GT passou por um processo de reformulação, incorporando objetos de estudo representativos da renovação, ocorrida no Brasil, na área de trabalho e educação na saúde, o que justificou a mudança de nome do GT para Trabalho e Educação na Saúde.

Durante todo este período, este GT tem contribuído para a definição da agenda política e das estratégias de ação da Abrasco no que diz respeito à interlocução com as instituições acadêmicas e os órgãos gestores da política de saúde, especificamente no que se refere ao desenvolvimento das políticas de gestão do trabalho e aperfeiçoamento da formação em saúde tanto nos cursos de graduação e pós-graduação da área quanto na educação permanente dos trabalhadores da saúde, com ênfase na interdisciplinaridade e na aprendizagem significativa, fruto da atualização do pensamento crítico produzido pelos grupos de pesquisa das Universidades.

Para isso, o GT tem se articulado com vários grupos de pesquisa sediados em programas de pós-graduação e com instituições governamentais, a exemplo do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e organismos internacionais como a OPAS, desempenhando um

## *Linha do Tempo* *GT Trabalho e Educação na Saúde*

Esse GT se co...  
para os car...  
processo de...  
fortalecendo...  
dedicando-s...



**Coordenação**  
**Maria Helena Machado**



**Coordenação**  
**Francisco Campos**



**Coordenação**  
**Rômulo Maciel Filho**

1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002

Criado em 1994, por ocasião do Congresso da ABRASCO em Recife, com a denominação de GT de Recursos Humanos e Profissões, esse Grupo de Trabalho vem cumprindo um papel fundamental, através da atuação de seus membros, em processos de natureza científica, técnica e política, no âmbito da Saúde Coletiva Brasileira, permitindo a aglutinação de forças em torno de projetos essenciais à Reforma Sanitária, e contribuindo para a constituição do campo de natureza interdisciplinar que integra o trabalho e a educação na saúde.

Concepção e estruturação da Rede Observatório de Recursos Humanos, com uma linha de cooperação nacional e internacional.



constitui como um grupo investigativo, questionador e propositivo de ações nos campos do Trabalho e Educação, oferecendo subsídios e informações ao processo de reforma sanitária e ao sistema de saúde brasileiro, ampliando o diálogo entre os grupos e a produção científica na área de sua competência e promovendo a sua difusão.



**Coordenação**  
*Célia Regina Pierantoni*



**Coordenação**  
*Tânia Celeste Nunes*



**Coordenação**  
*Isabela Cardoso*

2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015

Como parte dos esforços de atualização desse campo, durante o ano de 2007 o GT de Profissões e RH passou por um processo de reformulação, procedendo uma ampliação dos seus quadros, com a incorporação de grupos e temáticas representativas da renovação técnica e conceitual ocorrida no Brasil, no campo de trabalho e da educação na saúde, passando a ser denominado GT de Trabalho e Educação na Saúde.

Primeiro Plano Diretor.  
Monitoramento dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva e criação do Fórum de Graduação.

Segundo Plano Diretor.  
Publicação de número especial da revista *Ciência & Saúde Coletiva* e publicação do catálogo sobre a produção científica da área.



### Trabalhamos pela constituição de novos sujeitos comprometidos com a consolidação do campo da saúde coletiva e com o processo de reforma sanitária brasileira

papel relevante na articulação de uma rede de comunicação entre diversos atores e instituições responsáveis pela formação de pessoal, gestão/regulação do trabalho no setor.-

A elaboração do primeiro Plano Diretor do GT de Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco, em 2009, permitiu a definição de objetivos estratégicos para o desenvolvimento da área, ao tempo em que possibilitou a identificação de lacunas, necessidades e desafios, entre os quais o de dar visibilidade à produção científica, propósito que gerou a realização de estudos que subsidiaram a organização de um Catálogo de Pesquisa evidenciando as principais temáticas e grupos atuantes no campo.

**E**sta iniciativa do GT contribuiu enormemente para impulsionar um rico movimento de discussão e debate que envolveu um conjunto de sujeitos com uma sólida trajetória na Saúde Coletiva e que permitiu resgatar os pilares epistemológicos e conceitos que fundaram a área., além de produzir uma série de ações indutoras ou colaborativas intergrupos, fortalecendo as bases para a organização de uma Rede de Pesquisa.

No que tange a contribuição desse GT para o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, cabe destacar a atuação dos seus membros, enquanto mediadores de um processo de estruturação do campo no Brasil, potencializado pelo trânsito de pesquisadores e docentes em diversos espaços - acadêmico, burocrático, político - seja no âmbito da Universidade, das instituições gestoras do SUS e nos serviços de Saúde, mobilizando pessoas e processos, capilarizando ações, produzindo resultados e mediando a estruturação da área de RHS no SUS.

Membros do nosso GT tiveram protagonismo em diferentes momentos: no debate e formulação das Conferências de Recursos Hu-

manos e Gestão do Trabalho e da Educação, contribuindo inclusive com propostas que resultaram na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, marco importante para a área. Assim como, em fóruns importantes de decisão, a exemplo das representações na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CONASS, na Comissão Nacional de Residência e Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde - FNEPAS.

O conjunto de conexões produzidas pelo GT Trabalho e Educação na Saúde contribuiu principalmente no processo de constituição de novos sujeitos comprometidos com a consolidação do campo da Saúde Coletiva e com o processo de Reforma Sanitária Brasileira, especificamente no que se refere à reorientação de modelos de formação de pessoal e melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Nos anos recentes, o GT tem promovido e apoiado debates internacionais, com representantes de países da América Latina e Europa, com a participação de pesquisadores vinculados aos Centros de Pesquisa das Universidades e aos Observatórios de Recursos Humanos, membros da Organização Mundial da Saúde - OMS e membros de instituições governamentais com atuação na área de Trabalho e de Educação na saúde.

Finalmente, cabe reafirmar o papel da Abrasco, na luta pela manutenção das conquistas históricas do processo de Reforma Sanitária Brasileira, espaço de reafirmação da utopia da Saúde Coletiva, especialmente no momento atual, de crise política e institucional que ameaça a garantia do Direito à Saúde e a consolidação da Democracia e da justiça social no Brasil, reafirmando a necessidade de posições políticas e éticas que reafirmem um modo de viver solidário e saudável.

## 30 ANOS DE DEBATES SOBRE AS INFORMAÇÕES E SUAS TECNOLOGIAS NO SUS

Atualmente há grande expectativa de que as tecnologias da informação e comunicação – TIC, resolvam os problemas da saúde no Brasil. O governo vigente, assim como os anteriores, tem concentrado esforços na informatização dos estabelecimentos de saúde, apostando que isso possa aumentar o controle sobre os serviços e torná-los mais eficientes. Embora nas últimas décadas projetos de informatização da saúde tenham trazido benefícios para alguns setores, a informação em saúde continua fragmentada (MORAES, 1994) e iniciativas para se construir o sonhado Registro Eletrônico de Saúde – RES, não alcançaram os objetivos esperados.

Essa realidade não é privilégio do Brasil, pois iniciativas por todo o mundo têm buscado explorar as possibilidades associadas ao uso de TIC em saúde, principalmente pela construção de RES, podendo citar Canadá (ALVAREZ, 2002), Inglaterra (CURRIE; GUAH, 2007) Austrália (GUNTER; TERRY, 2006), e Estados Unidos (BLUMENTAL; TAVENNER, 2010). Contudo, os resultados dessas ações são controversos e grandes investimentos em tecnologia chegaram a resultados questionáveis.

Então por que a informática, tendo se disseminado em diversas outras áreas no Brasil, ainda encontra dificuldades para ser utilizada na saúde? Nesse contexto, algumas perguntas tornam-se importantes: Como vem ocorrendo a informatização da saúde no Brasil? Quem ganha e quem perde com as ações empreendidas? Qual caminho a sociedade brasileira vem trilhando em relação a esse processo?

Essas questões pautam as discussões empreendidas pelo Grupo Temático Informações em Saúde e População (GTISP/Abrasco), o qual desde de 1992 acumula conhecimento técnico-científico sobre a Informação em Saúde e é um importante fórum para debate sobre a temática no âmbito da Saúde Coletiva.

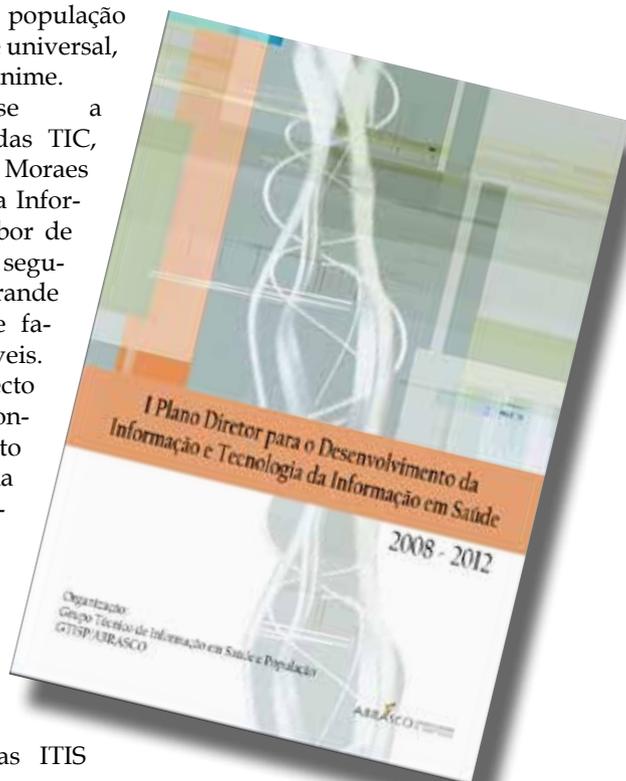
No GTISP, discutem-se questões contemporâneas relacionadas às TIC em saúde, tais como os padrões de interoperabilidade, o registro eletrônico de saúde, a privacidade e o

governo aberto. Esse debate no grupo é fundamental para refletir sobre as pressões que o SUS sofre para adotar as tecnologias que lhe são apresentadas, bem como para propor novas abordagens para a construção de uso de tecnologias em prol da saúde da população em geral.

O GTISP entende que não é possível discutir ‘informação’ de forma desarticulada do debate das tecnologias que lhe dão suporte. Assim, usamos o termo Informação e Tecnologia da Informação em Saúde (ITIS), o qual articula a saúde, a informação e as tecnologias de informação e comunicação. Para tanto, são mobilizados conhecimentos de diversas áreas, entre elas: saúde pública, informática, engenharias, ciência da informação, administração e ciências sociais em geral.

Destarte, enfatiza-se o fortalecimento do intercâmbio e do diálogo entre representantes das diversas áreas de modo a constituir uma rede de conhecimentos que contribua para avanços comprometidos com os interesses da população por uma saúde universal, integral e equânime.

Questiona-se a neutralidade das TIC, como sugere Moraes (1994, p. 54) “a Informação tem sabor de neutralidade segura; é uma grande quantidade de fatos incontestáveis. Sob esse aspecto encontra-se o ponto inicial de uma agenda política tecnocrática, que não deseja expor muito seus objetivos”. Assim, postula-se que a temática das ITIS



## Por que a informática, tendo se disseminado em diversas outras áreas no Brasil, ainda encontra dificuldades para ser utilizada na saúde? Como vem ocorrendo a informatização da saúde no Brasil? Quem ganha e quem perde com as ações empreendidas?

constitui espaço estratégico em que diversos interesses estão em disputa.

O GTISP defende que “saberes e práticas da área da informação e tecnologia de informação em saúde precisam estar a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à saúde com qualidade equanimemente distribuída” (GTISP/Abrasco, 2015), pois a ITIS pode ser aplicada de diversas maneiras, ou seja, “se constituem em ‘tecnologia de dominação’, mas paradoxalmente, podem se constituir em ‘tecnologia de libertação’: tecnologia de poder, mas, também, de transformação” (MORAES, 2002).

Entre as conquistas que contaram com a participação do GTISP estão a “Rede Interagencial de Informação para a Saúde” - RIPSAs, e a “Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde” - CICIS, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIIS, aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2004.

Outro importante marco produzido pelo GTISP é o Plano Diretor de Informação e Tecnologia da Informação em Saúde - PlaDITIS, que apresenta referenciais balizadores para o desenvolvimento e uso de TIC em Saúde. Em sua segunda edição, o PlaDITIS elencou cinco dimensões estratégicas para guiar as ações referentes às ITIS. A primeira dimensão, Governança e Gestão de ITIS, reafirma que o atual modelo de governança da informação e da tecnologia da informação em saúde requer mudanças significativas para atender aos complexos desafios da situação de saúde da população brasileira e, por conseguinte, aos avanços do SUS.

A segunda dimensão, Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em ITIS, indica processos de incorporação tecnológica por meio de de-

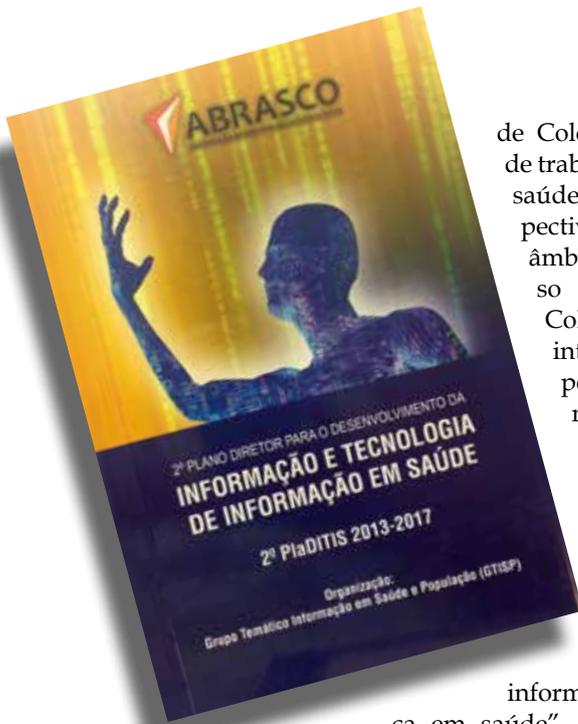
envolvimento cooperativo, que promovam um encontro de profissionais com a mesma capacidade de participar da sociedade do conhecimento e que disponibilizarão os saberes acumulados para a sociedade. Desse modo, busca-se imprimir uma dinâmica de produção livre, inovadora e comprometida com a democratização de seus resultados.

O Ensino e a Formação Permanente de Equipes de ITIS é o foco da terceira dimensão, em que se destacam três elementos estruturantes para a construção coletiva do processo de formação permanente de equipes de ITIS: vontade política, liderança institucional e redes de cooperação entre centros formadores. Esse processo coletivo faz convergir experiências e conhecimento, saberes e práticas acumulados no campo da ITIS.

A quarta dimensão, Ética, Privacidade e Confidencialidade, questiona qual é o espaço do indivíduo e do coletivo, da subjetividade e do exercício de cidadania. Nela, propugna o controle social e ético sobre o monitoramento do indivíduo pelo Estado.

Por fim, na quinta dimensão, Informação e Tecnologia da Informação em Saúde: Democracia, Controle Social e Justiça Cognitiva, defende-se o aprofundamento do debate em torno da implementação de mecanismos permanentes voltados para a inclusão digital, a democratização do acesso a recursos de informação e TI para os gestores, profissionais, conselheiros de saúde e a sociedade brasileira.

Por meio de Oficinas de Trabalho (OT) periódicas, o GTISP vem produzindo debates sobre a produção e uso da informação, a saber: a OT “Compatibilização de bases de dados nacionais”, realizada no âmbito do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, (1997); OT “Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas” realizada no âmbito do VI Congresso Brasileiro de Saú-



de Coletiva, (2000); Oficina de trabalho “Informação em saúde: acertos, erros e perspectivas”, realizada no âmbito do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, (2003); OT “A integração necessária: a perspectiva da epidemiologia na definição de padrões para as informações em saúde”, (2004), durante o VI Congresso de Epidemiologia; OT “Pacto pela democratização e qualidade da informação e informática em saúde”, realizada durante o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, (2006), e a OT “Balanço dos Avanços e Recuos na Área da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde: Proposições para o Novo Governo”, realizada pelo GTISP (2015) durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Os produtos dessas oficinas pautam a agenda da Abrasco e discussões tanto na academia como na gestão do SUS, sendo publicados nos anais, no Informe Epidemiológico do SUS (Ministério da Saúde) e na revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco. Esses produtos estão presentes em vários documentos produzidos pelo GTISP.

Desde sua organização, o GTISP participa dos principais espaços de discussão sobre a informação e tecnologia de informação em saúde, introduzindo, na agenda do SUS, a necessidade da pactuação de uma Política Nacional de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde. Entre as recentes atuações do GTISP estão a participação na elaboração do 3º Plano de Ação da *Open Government Partnership* no Brasil; na Oficina de Trabalho “O Uso da Informação para Eficiência na Saúde Suplementar”, realizada no Seminário Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde - QualiHosp e também do Painel “Dados Abertos e Governança da Informação em Saúde: A Construção da Transparência Ativa em Vigilância Sanitária” no 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - Simbravisa, eventos realizados em 2016.

O grupo também está aberto a contribuições de outras áreas e convida interessados para ingressarem no debate.

O GRUPO ESTÁ ABERTO  
A CONTRIBUIÇÕES  
DE OUTRAS ÁREAS E  
CONVIDA INTERESSADOS  
PARA INGRESSAREM NO  
DEBATE

### REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, R. C. The promise of e-Health - a Canadian perspective. *Ehealth international*, v. 1, n. 1, 2002. Acesso em: 24 de julho de 2014.
- BLUMENTAL, D.; TAVENNER, M. The “Meaningful Use” Regulation for Electronic Health Records. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 6, p. 501-504, 2010.
- CURRIE, W. L.; GUAH, M. W. Conflicting institutional logics: a national programme for IT in the organizational field of healthcare. *Journal of Information Technology*, v. 22, p. 235-247, 2007.
- GTISP ABRASCO. Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde - 2013-2017. 2015.
- GUNTER, T.; TERRY, N. The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions. *Journal of medical Internet research*, v. 7, n. 1, 2006.
- MORAES, I. H. S. *Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*. São Paulo e Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Política, Tecnologia e Informação em Saúde - A Utopia da Emancipação*. Instituto de Saúde Coletiva/UFBa e Casa da Qualidade, 2002.

## RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: EXPANSÃO OU AMEAÇA?

As ideias discutidas a seguir visam estimular o debate na comunidade de pesquisadores da Saúde Coletiva e especialmente entre os profissionais que ensinam, pesquisam, aplicam ou gerenciam diferentes Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares - RM-PIC no Sistema Único de Saúde - SUS. Estes últimos constituem uma comunidade nada homogênea, embora bastante identificada por desenvolver no campo da saúde práticas não hegemônicas e muitas vezes contra hegemônicas.

Creemos que as questões fundamentais do Grupo Temático da ABRASCO RM-PIC, na atualidade, estão expressas no seguinte silogismo: premissa maior: o SUS está sob ameaça; premissa menor: as RM-PIC são parte do SUS; conclusão: as RM-PIC no SUS estão sob ameaça.

Em geral, a comunidade de trabalhadores da saúde, pesquisadores e docentes envolvida com as RM-PIC no SUS concorda com as premissas maior e menor acima, no entanto parece existir alguma divergência na avaliação da ameaça apresentada na conclusão. Antes de tratar dessa possível discordância destacamos, em um breve histórico das RM-PIC no SUS, a Portaria 971, de 03 de maio de 2006, considerada um marcador sociológico e institucional pelo fato de aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Embora o movimento de reivindicação das RM-PIC no sistema de saúde público brasileiro tenha sido iniciado ainda nas primeiras décadas do século XX, celebramos a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, que completou uma década em 2016, por ela representar o marco legal que estimulou várias regulamentações em âmbito municipal e estadual, além de estimular a criação de várias ações ministeriais, como as listadas no **quadro ao lado**.



- Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 - Inclui na PNPIC as seguintes práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga.
  - **Portaria N° 145, de 11 de janeiro de 2017** - [Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica.](#) Ficam incluídos na tabela de procedimentos do SUS, junto com práticas corporais em medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, sessão de auriculoterapia, sessão de massoterapia, orientação de tratamento termal/crenoterápico.
  - **Portaria N° 533, de 28 de março de 2012** - [Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(RENAME\) no âmbito do Sistema Único de Saúde \(SUS\).](#)
  - **Portaria SAS nº 470 de 19 de agosto de 2011** - [Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, no serviço de código 125 - Serviço de Farmácia, a classificação 007 - Farmácia Viva.](#)
- Portaria DNPM, nº 127 de 25 de março de 2011** - [Aprova o Roteiro Técnico para elaboração do Projeto de Caracterização Crenoterápica para águas minerais com propriedades terapêuticas utilizadas em complexos hidrominerais ou hidrotermais.](#)
- Portaria GM N° 886, de 20 de abril de 2010** - Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Resolução ANVISA - RDC N° 17, de 16 de abril de 2010** - [Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos.](#)
  - **Resolução ANVISA - RDC N° 14, de 31 de março de 2010** - [Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos.](#)
  - **Instrução Normativa ANVISA N° 05, de 31 de março de 2010** - [Estabelece a Lista de Referências Bibliográficas para Avaliação de Segurança e Eficiência de Medicamentos Fitoterápicos.](#)
  - **Resolução ANVISA - RDC N° 10, de 09 de março de 2010** - [Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária \(ANVISA\) e dá outras providências.](#)
  - **Portaria DGP nº 48, de 25 de fevereiro de 2010** - [Aprova a diretriz para implantação dos Núcleos de Estudos em Terapias Integradas \(NETI\) no âmbito do serviço de saúde do exército.](#)
  - **Portaria DNPM, nº 374 de 1° de outubro de 2009** - [Aprova a Norma Técnica nº 001/2009, que dispõe sobre as “Especificações Técnicas para o Aproveitamento de água mineral, termal, gasosa, potável de mesa, destinadas ao envase, ou como ingrediente para o preparo de bebidas em geral ou ainda destinada para fins balneários”, em todo o território nacional na forma do Anexo a esta portaria.](#)
  - **Portaria - SAS N° 84, de 25 de março de 2009** - [Adequa o serviço especializado 134 - SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 - ACUPUNTURA.](#)
- Portaria NR N° 07/DGP, de 27 de janeiro de 2009** - [Aprova as Normas Reguladoras do Exercício da Acupuntura no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército.](#)
- Resolução ANVISA - RDC N° 95, de 11 de dezembro de 2008** - [Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.](#)
- **Instrução Normativa ANVISA nº 05, de 11 de dezembro de 2008** - [Determina a publicação da “Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado”.](#)
  - **Portaria Interministerial N° 2.960, de 09 de dezembro de 2008** - [Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.](#)
  - **Resolução ANVISA - RDC No 87, de 21 de novembro de 2008** - [Altera o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias.](#)
  - **Portaria SAS N°154 de 18 de março de 2008** - [Recompõe a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. \(ANEXO I\)](#)
  - **Resolução ANVISA - RDC N° 67, de 8 de outubro de 2007** - [Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias.](#)
  - **Portaria SAS N° 853, de 17 de novembro de 2006** - [Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares.](#)
  - **Portaria GM N° 1.600, de 17 de julho de 2006** - [Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde \(SUS\).](#)
  - **Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006** - [Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.](#)

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: ARTETERAPIA, AYURVEDA, BIODANÇA, DANÇA CIRCULAR, MEDITAÇÃO, MUSICOTERAPIA, NATUROPATIA, OSTEOPATIA, QUIROPRAXIA, REFLEXOTERAPIA, REIKI, SHANTALA, TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E YOGA

Todo esse conjunto de intervenções institucionais é percebido com maior ou menor consciência pelos profissionais de saúde do SUS. Desde a década de 1970, as RM-PIC vem sendo revalorizadas, consideradas antes como alternativas, depois complementares, mais recentemente integrativas. O que se observa é um aumento da presença dessas práticas no SUS, sem, contudo, haver câmbios estruturais no modelo de cuidado e nas suas representações coletivas.

O maior uso delas parece estar sendo como práticas apenas complementares, que se adaptam à biomedicina, de forma apoiada na força das explicações e evidências biomédicas. Em outras palavras, embora as RM-PIC estejam em processo de expansão na sociedade e no SUS, poucos profissionais assumem que várias delas, em especial práticas inseridas em RM vitalistas, sustentam-se em si mesmas na sua tradição, constituição cosmológica-doutrinária-metodológica e experiência social, sendo não raro irredutíveis e em parte incomensuráveis com os saberes e métodos biomédicos.

Além disso, várias RM-PIC compartilham da noção fundamental de que os adoecimentos são constitutivos da biografia humana e o cuidado (profissional ou não) pode e deve ser uma ação de promoção de emancipação e ampliação de autonomia.

Todavia, apesar de maior reconhecimento e expansão social e institucional, não se pode afirmar que os profissionais de saúde conhecem as RM-PIC, sobretudo porque poucos as adotam, especialmente na atenção primária à saúde, onde são mais presentes. Além, disso, se os usos das RM-PIC ficarem restritos ao caráter de tratamentos complementares, regulados pelas noções, representações e evidências biomédicas, essa apropriação parcial seletiva e adaptada tende a tornar invisíveis e/ou mesmo inexistentes aspectos importantes das mesmas.

No entanto, a ameaça parece maior na medida em que é possível visualizar ações de solapamento ou ameaça do crescimento das RM-PIC no SUS, pois à PNPIC, em uma década de existência e resistência, havia sido dada apenas uma pequena equipe de profissionais e não uma coordenação legal para representá-la na estrutura administrativa da Diretoria de Atenção Básica, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). A partir do início de 2017, a perda foi ainda maior, pois a equipe da PNPIC foi dissolvida e incorporada à Coordenação Geral de Gestão de Atenção Básica do DAB/SAS/MS, com a retórica de dar continuidade às ações de gestão e implementação da PNPIC por meio dos apoiadores em cada estado.

Frente ao golpe recente contra a democracia brasileira, levado a cabo com o impeachment da presidente da república, e às iniciativas contrárias a valores e princípios fundamentais do SUS do atual governo, a ameaça às RM-PIC no SUS pode parecer pequena. No entanto o que se vê são ações de desmonte de construções anteriores e não de expansão da PNPIC.

Especificamente, perdemos o que durante uma década poderia vir a ser a coordenação nacional da PNPIC para o SUS. Porém, celebrou-se na mídia, equivocadamente, as Portarias número 145 e 849 deste ano como se elas garantissem a expansão das RM-PIC no SUS, mesmo observando no texto publicado que não há recurso destinado a qualquer uma das diretrizes de assistência, ensino e pesquisa, apontadas há uma década na PNPIC. Sumariamente, assim, podemos concluir que as RM-PIC no SUS estão sob forte ameaça!





## SAÚDE É UMA ESCOLHA POLÍTICA!

O Grupo Temático da Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável – GT PS DS vem atuando desde 2002, e tem por missão: “Articular, congregar, mobilizar e promover a incorporação dos princípios, pressupostos da Promoção da Saúde, na produção de conhecimento, nas práticas, nas políticas públicas e nos modos de fazer saúde no Brasil, além de disseminar e trocar experiências e conhecimentos nos níveis nacional e internacional”. No site da Abrasco é possível ter acesso a mais informações sobre o nosso GT e conhecimento das ações que temos realizado nos últimos anos em parceria com a gestão federal e diversos municípios brasileiros.

O GT ao longo dos seus quase quinze anos de atuação já diversificou e testou vários arranjos organizativos. De 2002 a 2008 funcionava com uma coordenação nacional; de 2009

a 2013 esta coordenação passou a se organizar a partir de representações das cinco macrorregiões brasileiras e de 2014 até o momento tem um núcleo executivo e seus membros trabalham em rede segundo eixos de atuação (Agenda Internacional, Mobilização Regional, InterGTs, Gestão e Produção de Conhecimento, Reorientação da Atenção, Formação e Educação Permanente, Marco Conceitual). Mesmo com o avanço das tecnologias de comunicação e plataformas de gestão, a comunicação efetiva entre *todxs* constitui um dos grandes desafios. A nossa área de comunicação tem testado o aplicativo TRELLO para explorar possibilidades e comunicação e organização das agendas dos eixos. A sobrecarga de trabalho dos professores e/ou pesquisadores na atualidade dificulta, também, a disponibilidade de horas para o trabalho voluntário que nossa organização requer.



## AS POLÍTICAS DE AUSTRIDADE FISCAL CAUSAM MAIS INIQUIDADES: SAÚDE É UM DIREITO HUMANO, E NÃO DEVE SER TRATADA COMO MERCADORIA

Um dos pressupostos do GT é o reconhecimento das iniquidades regionais no acesso aos recursos financeiros dos editais de ciência, tecnologia e inovação. As regiões Norte e Centro Oeste têm menos programas de pós-graduação, grupos de pesquisa e pesquisadores com bolsa produtividade, consequentemente, mais barreiras para intercâmbios e para diminuir o *gap* entre os resultados das pesquisas e na influência das políticas públicas. Desta forma, tentamos aplicar a lente da equidade também interGT nos empenhando em buscar *novxs* integrantes e apoiar atividades nestas regiões.

Ainda, consideramos incipientes nossas parcerias interGTs da Abrasco. No 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em Natal, realizaremos uma Oficina conjunta com GT de Alimentação e Nutrição, que também foi nosso parceiro na 22ª Conferência Mundial de Promoção e, identificamos que já tivemos agenda comum com os GTs de Ambiente e Saúde, Comunicação e Saúde, Trabalho e Educação na Saúde, Vigilância Sanitária. Apontamos como desafio avançar nesta articulação, conscientes que nossas interfaces potencializam nosso agir.

### NOSSA ATUAÇÃO

Destacamos que, de 2003 a 2016, o GT dialogou intensamente com a gestão federal do SUS tanto no processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, quanto na busca de recursos para a área e tradução e concretização desta nas diferentes regiões brasileiras. Neste período o tensionamento se deu especialmente na definição da agenda prioritária de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde a partir do Comitê Gestor da PNPS. A defesa do GT sempre foi de atuar na determinação social e não se restringir aos fatores de risco e proteção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Também, reconhecemos que na relação GT-MS várias parcerias virtuosas aconteceram. Dentre elas, o GT pôde contribuir: no “*Position Paper* da Agenda de Saúde em Todas as Políticas para as Américas”; no processo de múltiplos movimentos para a revisão da PNPS entre abril de 2013 e maio de 2014 e realizar, conjuntamente com a União Internacional de Promoção da Saúde, a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde e Educação com o tema “Promovendo em Saúde e Equidade”, em maio de 2016.

A partir da parceria com o MS pudemos, também, organizar dois números temáticos da Revista Ciência em Saúde Coletiva, nos anos de 2014 ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320140011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320140011&lng=en&nrm=iso)) e 2016 ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320160006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160006&lng=en&nrm=iso)) que evidenciam alguns produtos no âmbito da produção e disseminação do conhecimento da área.

O GT sempre apostou na potência do encontro com a gestão federal, mas desde o *impeachment* da Presidente Dilma, o desmonte das políticas sociais e a aposta na austeridade fiscal promovido pela Gestão Temer. O GT tem denunciado e temos nos mobilizado para nos aproximarmos mais de outras organizações e da sociedade civil.

### PRÓXIMOS PASSOS

Considerando este contexto um dos eixos de atuação do GT é o da “Mobilização Regional”, o qual priorizou neste ano de 2017 a realização de Oficinas Regionais para *advocacy* da promoção da saúde e defesa do SUS nos instrumentos estratégicos de planejamento e o direito à cidade no novo ciclo de gestão dos municípios. Esta ação é oriunda das oportunidades temporais e políticas que representam as seguintes agendas: ODS 2030, Planos Diretores e Planos Metropolitanos (Lei Federal 2015: Estatuto da Metrópole), Planos Plurianuais e de Saúde que estão em processo de pactuação até o final de 2017 e podem favorecer a articulação de funções públicas de interesse comum.

Para a concretização das Oficinas Regionais o GT, em janeiro deste ano, iniciou diálogo com a Frente Nacional de Prefeitos para inserção na programação do IV Encontro dos

## GT: PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Municípios com Desenvolvimento Sustentável e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde para participação no XXXIII Congresso deste, em julho de 2017. Também, em abril deste ano, iniciamos diálogo com representantes do PNUD visando uma agenda comum de trabalho na perspectiva de ampliar o diálogo da saúde com implantação da Agenda 2030 e dos ODS nas regiões metropolitanas brasileiras.

Na nossa Oficina em Natal, durante o 3º Congresso de Política, além de pactuar nossa agenda 2017-2018, planejaremos o encontro “Legado e Nova Geração da Promoção da Saúde no Brasil”, que será realizado em novembro, onde celebraremos os 15 anos do nosso GT.

Não ficar de costas para a conjuntura global e nacional: com este intuito produzimos o seguinte posicionamento:

### SAÚDE É UMA ESCOLHA POLÍTICA!

Em um momento de polarização na sociedade global e brasileira, o GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Abrasco vem, por meio desta nota, manifestar seu posicionamento diante da necessidade de se estabelecer compromissos na luta pelos direitos sociais e pela saúde.

Nossa inspiração foi a “Carta de Curitiba” que representou a voz de pesquisadores, trabalhadores de saúde, membros de movimentos sociais e formuladores de políticas, que participaram da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES, realizada em Curitiba, em maio de 2016.

Essa Carta incorporou um espírito de comprometimento local e global com a democracia, equidade, justiça e direitos sociais. Mas aqui acrescentamos uma necessária palavra de ordem ecoada nos quatro cantos das ruas brasileiras: “NENHUM DIREITO A MENOS, NENHUM PASSO ATRÁS!”.

Repudiamos qualquer insinuação do “caráter destrutivo dos direitos” como se fora uma marca de um “mandamento divino” ou apenas de um “imperativo categórico” sem base na razão material das condições concretas da vida<sup>1</sup>.

Que os “libertários” enlouquecidos pela razão econômica pura não retirem os direitos da sua equação econômica. Podemos sim fazer escolhas racionais pelos direitos, que sejam, também, morais. O Reino Unido, por exemplo, fez escolha pelo direito universal à saúde e gasta 9% do PIB, enquanto os EUA optaram pela saúde como consumo de mercado e gastam 17% do PIB com piores resultados em saúde que os britânicos. Uma opção pelo direito, que é, sem dúvida, custo-efetivo.

A resistência é mundial, e 2017 tem sido um ano cheio de desafios para a saúde global em diferentes partes do mundo<sup>2</sup>. A história da Europa nos oferece muitos exemplos de como a saúde pública pode ser subvertida por políticos autoritários e de como os governos falharam em responder as ameaças à saúde. Em novembro de 2016, organizações de todo o continente assinaram a Declaração de Viena, que buscou atualizar a Carta de Ottawa para o século XXI. Tal declaração contempla em seu coração os determinantes



1. <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/joel-pinheiro-da-fonseca/2017/03/1870296-discurso-dos-direitos-parece-admiravel-mas-e-antidemocratico.shtml>.

2. McKee, M (2016). 2017: a challenging year for public health in Europe. *Lancet Public Health* 2017, 7 [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30001-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30001-4).

políticos da saúde e oferece uma base firme para o que pode ser pela frente dias sombrios a serem enfrentados.

Na América Latina e no Caribe ressurgem políticas de governos pautadas na austeridade e não na visão de que políticas sociais são investimentos voltados para a redução das alarmantes iniquidades na região que têm efeito deletério sobre a economia. Isto parece demonstrar que o processo de aprendizagem não ocorre apenas pelo conhecimento dos fatos e suas consequências. Há uma disputa de narrativas.

As políticas de austeridade fiscal causam mais iniquidades: Saúde é um direito humano, e não deve ser tratada como mercadoria.

Estudo recente<sup>3</sup> comparou na Grécia os períodos de janeiro de 2001 a agosto de 2008 com setembro de 2008 a dezembro de 2013, e mostrou que a austeridade fiscal imposta pela Troika europeia agregou 242 “novas” mortes por mês às estatísticas epidemiológicas gregas. Enquanto isso o austero e neoliberal “Financial Times”<sup>4</sup> estampava a seguinte manchete, em janeiro de 2017: “Economia grega volta a crescer, mas crise social só piora”.

Queremos com isso chamar atenção para a afirmação de que justiça social não é uma meta isolada. Justiça social é uma aspiração política e a continuidade das iniquidades em gênero, raça, etnia e geográfica sinais de injustiça social.

No Brasil, o cenário que caminhava para conquistas no campo da justiça social vem sofrendo considerável piora nos últimos meses. Desregulamentações insanas perpetradas por Temer na legislação trabalhista, para ficar, apenas, em um exemplo, trarão impactos deletérios e mortais à saúde dos trabalhadores. Muitas pessoas vivem em ambiente hostil e ameaçador, e é necessário agir para eliminar práticas trabalhistas de empresas que prejudicam a saúde, causam dano ao meio ambiente e comprometem a coesão social.

Um sistema social e econômico que acele-

ra a acumulação de capital e resulta em concentração extrema de riqueza, é inconsistente com o alcance de metas de justiça social, equidade e de promoção da saúde.

Este contexto foi respaldado pelo discurso de Margareth Chan, a Diretora-Geral da OMS de abertura, na 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, promovida pela OMS, na cidade de Xangai entre 21 e 24 de novembro de 2016, que teve como tema central “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável. Ela lembrou a Carta de Ottawa, elaborada no Canadá há 30 anos, e enalteceu a atualidade dos seus princípios, valores e recomendações, mas disse: “Naquele tempo tínhamos uma conjuntura completamente distinta da que temos hoje, atualmente poderosos interesses comerciais presidem e influenciam sobremaneira a vida na face do planeta”. Por isso, disse ela: “culpar pais e crianças pela obesidade infantil, é não reconhecer que há uma importante falha social” e isto implica afirmar que as responsabilidades individuais sobre tais processos de doença precisam ser reconsideradas.

Nas estruturas de tomada de decisão brasileiras, como no congresso nacional, a bancada ruralista, financiada e atrelada aos interesses de grandes corporações do setor agroalimentar e ao capital econômico, tem atuado no sentido de reverter o marco legal que ainda garantia alguma proteção ao meio ambiente e aos direitos dos povos indígenas e comunidades tradicionais<sup>5</sup>. Isto nos faz, ainda, a estarmos diariamente expostos a todo conjunto de resíduos de agrotóxicos despejados sobre nossas terras, plantas, alimentos, cidades e águas<sup>6</sup>.

Isto se repete globalmente, nas estruturas da Comunidade Europeia, em Bruxelas, há 30.000 lobistas “legalmente” registrados como representantes de variados interesses de empresas, governos, ONGs, sindicatos e movimentos. Mas a balança pende para os interesses comerciais, por exemplo, a indústria

3. LALIOTS, I.; IOANNIDIS J. P. A.; STAVROPOULOU C. Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Public Health*, Atenas, 1, n. 2, p56-65, dez. 2016.

4. <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/01/1854083-economia-grega-volta-a-crescer-mas-cri-se-social-so-piora.shtml>

5. <https://theintercept.com/2016/12/22/governo-temer-atende-bancada-ruralista-e-pretende-arrasar-agenda-socioambiental/> e [http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/13/politica/1468363551\\_264805.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/13/politica/1468363551_264805.html)

6. <http://cartacampinas.com.br/2016/07/pesquisadora-da-usp-monta-mapa-da-contaminacao-por-agrotoxico-no-brasil/> e <http://abrasco.org.br/dossieagrotoxicos/>

## GT: PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

do tabaco possui 80 lobistas enquanto ONG e movimentos anti-tabagistas contam com, apenas, cinco.

Evidências de que a austeridade fiscal, concentrada fortemente nos gastos sociais, e desregulamentações variadas fazem muito mal à saúde nos coloca o desafio de conceber métricas que nos permitam mostrar estes efeitos.

Há que se ir além de um “Vigitel” voltado exclusivamente para os fatores de riscos já consagrados.

Além do seu papel de “retratar” a vida através de indicadores, o setor saúde deve estar pronto para aprender, e não simplesmente ensinar aos outros setores; elaborar políticas de promoção da saúde efetivas, e investir mais na capacidade dos sistemas de promoção da saúde de modo a implementá-los, além de estimular outros setores a reconhecer o impacto de suas políticas sobre a saúde humana e o bem-estar, que afeta principalmente as populações mais vulneráveis.

Neste sentido, promover saúde é ir contra políticas de austeridade fiscal, implementar e exigir cobrança de imposto de renda progressivo para abordar a equidade em saúde e fortalecer o papel do Estado na promoção de políticas sociais.

Labonté e Stuckler<sup>7</sup> lembram de que precisamos trabalhar mais para recuperar a narrativa: não temos uma crise fiscal. Nós temos uma crise de tributação inadequada.

Não vivemos em condições de escassez econômica. Estamos vivendo em condições de extrema desigualdade. Nossas vozes de oposição à globalização neoliberal precisam ser levantadas para serem mais altas e mais fortes. Princípios, valores, comprometimento ético-político e evidências estão do nosso lado!

7. Labonté R, Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(3):312-8



## O FÓRUM DE EDITORES E A **ESTRATÉGIA** PARA AÇÕES **POLÍTICAS E CIENTÍFICAS**

POR JOSÉ LEOPOLDO FERREIRA ANTUNES, LEILA POSENATO GARCIA E MÁRCIA FURQUIM DE ALMEIDA



Os congressos da Abrasco realizados nas últimas décadas têm incluído atividades de debate das políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação, dentre as quais a editoria de periódicos científicos da área de Saúde Coletiva. Essas ocasiões têm propiciado a comunicação entre autores, revisores e editores, ajudando a refletir sobre questões editoriais de interesse para o meio profissional, como a política editorial das revistas, sua sustentação financeira, estratégias para garantir e aprimorar a visibilidade da produção científica da área. Essas ocasiões também têm sido profícuas para debater a questão do financiamento dos periódicos com os gestores de saúde e de ciência e tecnologia, e o incentivo à publicação científica no Brasil.

Com base nesse histórico de interações prévias propiciadas pela Abrasco, os editores dos periódicos científicos da área resolveram se organizar enquanto instância regular da associação. O Fórum de Editores de Saúde Coletiva da Abrasco foi criado no dia 18 de novembro de 2014, na Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, e teve sua primeira reunião no dia 14 de janeiro de 2015, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), no Rio de Janeiro.

Participaram dessas atividades os editores das principais revistas científicas de Saúde Coletiva no país. Participou também o Prof. Luis Eugênio de Souza, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), então presidente da Abrasco, cuja determinação e apoio foram preponderantes para nossa organização.

Em perspectiva, o Fórum representaria um salto em qualidade, permitindo que nossa interação deixasse de ser apenas esporádica e reativa às demandas externas. Isso de fato ocorreu e, enquanto Fórum da Abrasco, os editores passaram a ter um espaço regular para debater as questões de interesse da atividade editorial em Saúde Coletiva e para articular melhor nossa ação política e científica.

A criação do Fórum foi também motivada pela perspectiva de mudanças no panorama

da editoração científica nacional, que vinham sendo sinalizadas por importantes atores, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Coleção SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, bem como das fundações estaduais de apoio à pesquisa. Como Fórum, concordamos que nosso objetivo comum, e de toda a comunidade científica brasileira, em especial a da área de Saúde Coletiva, é o de aprimorar cada vez mais a qualidade e a visibilidade, nacional e internacional, de nossas revistas. Reconhecemos a importância desses interlocutores e do papel central que ocupam nesse processo.

Em nosso ainda pouco tempo de existência, temos conseguido manter reuniões com alguma periodicidade, para discutir temas de interesse para a área e divulgar nossas posições em diferentes instâncias. Ressaltamos a elaboração da Carta de São Paulo (<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/forum-de-editores-de-saude-coletiva-carta-de-sao-paulo/8007/>), durante a reunião realizada em novembro de 2014, que propugnava uma reflexão aprofundada sobre conceitos de “qualidade” e “internacionalização” dos periódicos, face às novas exigências da coordenação da Coleção SciELO Brasil. Destacamos ainda nossa participação no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em 2015, em Goiânia, quando pudemos debater as questões da internacionalização e do financiamento dos periódicos, entre outras.

O Fórum de Editores também contribuiu na organização do fascículo especial da revista *Ciência & Saúde Coletiva* (vol. 20, n. 7, 2015), comemorativo de seus 20 anos, com artigos sublinhando a importância das revistas de Saúde Pública/Saúde Coletiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Ciência Brasileira. Em seu ainda pouco tempo de formação, o Fórum de Editores tem acompanhado os esforços de organização do meio editorial.

A participação de revistas brasileiras na Coleção SciELO Saúde Pública cresceu de modo importante nesse período, também houve expressivo aumento dos periódicos nacionais na PubMed Central (PMC), o repositório de acesso aberto mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine).

Nesse período, também foram dinamizados os repositórios institucionais, como o Portal de Revistas da USP (<http://www.revistas.usp.br>) e o Portal de Periódicos da Fiocruz (<http://periodicos.fiocruz.br>), e se implementou a adoção, por parte das revistas, dos sistemas informatizados de submissão e gerenciamento de artigos, como o ScholarOne.

Membros do Fórum de Editores foram eleitos como representantes dos Conselhos Consultivos das Coleções SciELO Brasil e

## O Fórum permite que nossa interação deixe de ser esporádica e reativa às demandas externas, e se constitui num espaço regular para debater as questões de interesse da atividade editorial em Saúde Coletiva

SciELO Saúde Pública, nos quais participam da avaliação dos periódicos e na discussão de critérios para inclusão e permanência nestas Coleções, além de colaborar da atualização de suas políticas editoriais.

Apesar desses avanços, o trabalho editorial em Saúde Coletiva ainda enfrenta severas dificuldades e enormes desafios, em especial no que diz respeito à gestão e sustentabilidade das revistas científicas.

No que diz respeito à gestão, os periódicos brasileiros têm se apoiado basicamente na contribuição voluntária de editores e revisores. As revistas científicas têm sofrido cronicamente pela falta de apoio de secretaria para gerenciar um sistema que é complexo. O número de artigos que é submetido a cada semana é enorme, o processo editorial gera múltiplas demandas: os artigos submetidos são examinados pelos editores, por revisores, eventualmente retornam aos autores para correção e nova submissão. Mesmo depois de aprovados, os artigos ainda passam por etapas adicionais de editoração: são revisados do ponto de vista ortográfico e gramatical, são vertidos para o inglês, são formatados na diagramação padronizada de cada revista e são gerados os arquivos xlm, pdf e epdf correspondentes.

Mas não há editores profissionais; as revistas brasileiras são dirigidas por docentes do ensino superior, que atuam como editores executivos, científicos e associados sem deixar de exercer todas as demais atribuições da docência: ministrar cursos, fazer pesquisas, orientar estudantes, publicar seus próprios artigos, desenvolver atividades de extensão e contribuir com a gestão universitária. O mesmo se aplica aos revisores externos que são solicitados para avaliar os manuscritos. Com a

crescente produção científica em várias áreas, é cada vez mais difícil encontrar especialistas para avaliar todos os manuscritos. Essa dificuldade tem gerado um aumento da proporção de artigos recusados na análise inicial dos editores, pois as revistas não têm conseguido oferecer o processamento editorial completo para todos os manuscritos submetidos.

No que diz respeito à sustentabilidade, a atual conjuntura econômica levou os periódicos brasileiros a uma crise sem precedentes. O financiamento das publicações científicas sempre foi escasso no Brasil; do total de verbas destinadas ao desenvolvimento científico e tecnológico, apenas uma proporção muito reduzida tem sido aplicada para a divulgação do conhecimento que é produzido em todas as áreas. Mas essa dificuldade se agravou ainda mais nos últimos anos, impondo uma condição difícil para as revistas de Saúde Coletiva.

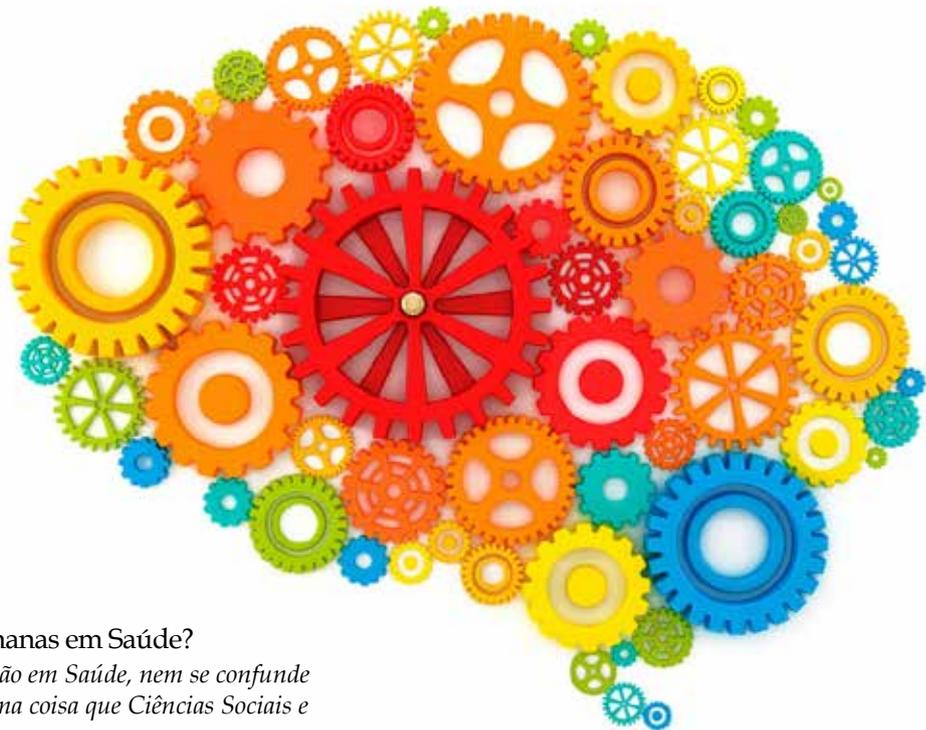
Desde sua criação, o Fórum de Editores possui uma lista de email que apoia suas atividades, propiciando o compartilhamento de experiências entre editores e notícias de interesse para o meio editorial. Além disso, o Fórum de Editores da Abrasco se comunica com a comunidade da Saúde Coletiva por meio de sua página no site da Abrasco.

A próxima reunião do Fórum será realizada durante o 10º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em outubro de 2017, em Florianópolis. Por demanda deste Fórum, o 10º Congresso Brasileiro de Epidemiologia contará com um espaço dedicado aos periódicos científicos da área, que abrigará palestras, debates e conversas com editores, visando a uma maior aproximação com seu público de leitores, autores e revisores.



## CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE: POR UMA INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO MAIS PLURAL

POR MARTINHO SILVA, SILVIA GUGELMIN E TATIANA GERHARDT



- O que é Ciências Sociais e Humanas em Saúde?

- Não é Política, Planejamento e Gestão em Saúde, nem se confunde com Epidemiologia, também não é a mesma coisa que Ciências Sociais e até mesmo Ciências Humanas.

- Você respondeu o que não é Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

- A Ciências Sociais e Humanas em Saúde – CSHS, é uma área da Saúde Coletiva, responsável entre outras coisas pela própria criação do conceito de Saúde Coletiva, diferenciando esta disciplina científica da Saúde Pública, bem como da Medicina Preventiva e inclusive da Higiene.

- Olha só, além de você responder minha pergunta dizendo o que Ciências Sociais e Humanas em Saúde não é, agora começou a utilizar siglas.

- SUS você conhece?

- Claro que eu sei que SUS é Sistema Único de Saúde.

- E Abrasco, você sabe o que é?

- Não.

- Quer saber?

- Só se essa sigla tiver alguma coisa a ver com a Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

- Abrasco é uma sigla para se referir a uma instituição criada no dia 27 de setembro de 1979 com o nome Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a partir de 2011 renomeada Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

O texto adotou o formato de um diálogo fictício entre um leigo e um especialista em Ciências Sociais e Humanas em Saúde, com uma finalidade didática, assumindo que o conteúdo apresentado oscila entre a superficialidade e o hermetismo, bem como que grande parte das referências bibliográficas com base nas quais o texto foi escrito não foram explicitadas, embora seus autores tenham sido reunidos nos “Agradecimentos” de Roseni Pinheiro, no Projeto Memória: 30 anos da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, de 2013.

A CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
EM SAÚDE É A DA SAÚDE COLETIVA  
RESPONSÁVEL PELA PRÓPRIA  
CRIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE  
COLETIVA, DIFERENCIANDO ESTA  
DISCIPLINA CIENTÍFICA DA SAÚDE  
PÚBLICA, BEM COMO DA MEDICINA  
PREVENTIVA E INCLUSIVE DA HIGIENE

- Opa, a sigla se manteve, mas o nome da Associação mudou?  
- Exatamente. Nessa Associação há uma Comissão de CSHS desde os anos 2000, sendo que na década de 1980 e 1990 ela se chamava Comissão de Ciências Sociais e Saúde.

- Também mudou de nome?

- Isso.

- Primeiro você respondeu a minha pergunta dizendo o que Ciências Sociais e Humanas em Saúde não é, depois começou a falar através de siglas, agora me vem com essa de Associação e Comissão. Afinal, o que é Ciências Sociais e Humanas em Saúde?

- A CSHS faz parte da Saúde Coletiva, um campo de saberes e práticas, de intervenção e não só de produção de conhecimento, de maneira que a CSHS não deve produzir conhecimento sem produzir formas de ação.

- Tô entendendo...

- Em outras palavras, é uma área do conhecimento voltada para a compreensão de uma série de dimensões do que você chamaria de adoecimento que não costumam ser levadas em conta pela maioria daqueles que tratam os enfermos, como a histórica, epistemológica, política, psicológica, cultural e social. Além disso, é uma área do conhecimento responsável pela elaboração de formas de intervenção coletivas e não só individuais sobre a saúde, visando não só recuperá-la como também promovê-la, como é o caso dos movimentos sociais.

- Dá um exemplo dessas dimensões, por favor.

- Começando e ficando na primeira dimensão, a histórica, depois de um livro escrito por um francês chamado P. Ariés sabe-se que as crianças eram consideradas adultos em miniatura até o século XIX, ou seja, há 200 anos não se considerava que elas eram algo tão diferente assim dos adultos a ponto de precisar do cuidado dos próprios pais. Dito de outro modo, as pessoas que segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente tem menos de 12 anos nem sempre foram vistas como seres em desenvolvimento e necessitados de proteção e cuidado em outras épocas e em outros países diferentes do Brasil do século XXI. Assim, nem sempre foi considerado "natural" que os pais cuidassem de seus filhos, como se eles fossem frágeis.

- Hummmm...

- Se as crianças foram uma invenção do século XIX, os adolescentes foram uma invenção ainda mais recente, do século XX, sendo que poderíamos nos perguntar também sobre os idosos e a dita “terceira idade”, chamada ainda de “melhor idade”, bem como sobre os jovens e ainda os fetos. Acontece que um monte de outras coisas que achamos que sempre existiram só se tornaram possíveis de serem pensadas e imaginadas pelos habitantes de um território em um dado período histórico

- Então nem toda criança precisa de cuidado?

- Pode ser que hoje estejamos de acordo que as pessoas em situação de desenvolvimento precisem de proteção, mas isso nem sempre foi assim e pode ser que deixe de ser no futuro. Ou seja, cuidamos não só com base no conhecimento médico disponível no momento histórico em que vivemos, mas também em um conjunto de crenças e percepções em constante mutação. Além disso, nossas atitudes são atravessadas por concepções variadas acerca de normalidade e patologia, também sobre morte e vida, sendo que a CSHS contribui em muito para compreender essas crenças, percepções e concepções.

- Tá bom, entendi como é que vocês investigam um fenômeno, mas como é que intervém sobre ele?

- As ações e serviços de saúde podem ser ofertadas por equipes e não só por um único profissional especializado. Elas podem ser negociadas com as pessoas que demandam atendimento e não só impostas pela autoridade sanitária competente, sendo que a área de CSHS aposta justamente nessa postura mais horizontal e coletiva para o agir em saúde.

- Sei.

- Além da CSHS, há também a Comissão de CSHS da Abrasco, sobre a qual eu gostaria de falar mais para você, pois espero não só contar com a sua compreensão sobre essa área de conhecimento, mas também com a sua colaboração nessa corporação.

- Pode ser.

- A renovação da Comissão se dá a cada três anos e uma das conquistas recentes foi o estabelecimento de critérios explícitos para a indicação institucional, em consonância com o regimento da Abrasco e com deliberações internas à Comissão, renovando 1/3 dos membros e contemplando diversidade institucional e regional, bem como diversidade de “gerações” (pesquisadores consolidados e emergentes). Outra conquista ainda mais recente é a de que as instituições podem fazer suas indicações não apenas por meio de seus Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, mas também por meio de representantes dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva. Atualmente a Comissão é composta de representantes de 28 instituições de todas as regiões do país, totalizando 50 pessoas.

- Interessante... quer dizer que agora a Abrasco assume mesmo suas atividades a partir da graduação e da pós-graduação em saúde coletiva. Mas qual o perfil dos participantes?

- A CSHS se coloca como fórum privilegiado de diálogo, de circulação de saberes, de discussão dos aportes científicos e também de ação no espaço público, que proporcionem instrumentais analíticos críticos para compreender e dialogar com processos sociais complexos, assim como refletir conjuntamente (com gestores, profissionais, pesquisadores, usuários, acadêmicos, movimentos sociais) sobre as melhores formas de produção de saúde em compromisso com a vida pública. Nesse sentido,

suas atribuições e sua agenda pautam uma ciência responsável e engajada e, portanto, as pessoas indicadas precisam estar interessadas e com disposição para assumir tais compromissos.

- Nossa, tudo isso demanda responsabilidade, ética e muito trabalho. Mas esse trabalho é só uma vez a cada três anos, quando ocorre o congresso da área, não é?

- Não, não é mais assim.... pelo menos o que se está tentando fazer é superar a tendência histórica de concentrar todos os investimentos e recursos (pessoais, financeiros, etc.) somente no processo de organização dos congressos da área. A última gestão da Comissão, de 2014 a 2016, recomendou a realização de um Ciclo de Simpósios focando os seus principais eixos de atuação, ou seja, o ensino, a extensão e a pesquisa em CSHS no campo da Saúde Coletiva, culminando com a reflexão sobre o percurso e situação atual de institucionalização da área por meio da reflexão e debate das relações político-institucionais que se estabelecem no campo da Saúde Coletiva e fora dele também.

- Acho que não entendi muito bem, você pode explicar melhor por que a discussão dos eixos não é realizada durante o congresso da área?

- Uma vez que houve o fortalecimento de uma forma compartilhada de organização dos congressos, foi necessário buscar novas metodologias de trabalho. Os simpósios propiciam o diálogo, a troca de experiências e a difusão do conhecimento entre a Comissão e os profissionais atuantes durante o interstício dos congressos, fomentando reflexões acerca dos limites e desafios que se colocam para a área. Esses simpósios foram decisivos



*para a organização do sétimo congresso realizado em 2016 na cidade de Cuiabá-MT, cujo tema principal foi “Pensamento crítico, emancipação e alteridade: o agir em saúde na (ad)diversidade”. A programação desse congresso também inovou ao criar o espaço Ampliando Linguagens, destinado à apresentação de práticas e reflexões em Saúde Coletiva expressas por meio de linguagens artísticas, que acreditamos alargar a comunicação devido ao envolvimento de múltiplos sentidos na apreensão e na leitura do mundo.*

- Se estou conseguindo compreender essa Comissão se coloca como um espaço privilegiado para propiciar um diálogo, cada vez mais urgente, entre a pluralidade de discursos, saberes e práticas provenientes no campo da Saúde Coletiva. É isso mesmo?

- *Exato! Há ainda mais coisas que conquistamos nesses últimos anos, como por exemplo a ideia de desconcentração regional, ou seja, além da ampliação da participação nos eventos e debates promovidos de lideranças, pesquisadores, estudantes e grupos de pesquisas da área de CSHS provenientes das regiões Nordeste e Centro Oeste, tem-se procurado realizar também reuniões da Comissão nestas regiões. O próximo congresso foi planejado para acontecer em 2019 na Universidade Federal da Paraíba inclusive.*

- O que você está falando aí remete a um posicionamento ético, político e epistemológico que inclui estratégias de ação, é isso mesmo?

- *Perfeitamente.*

- Além dessas conquistas, há algum desafio para a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde?

- *Pelo menos três: a atuação das CSHS no espaço público, sua inserção na graduação em saúde coletiva e, por último - embora não menos importante - o lugar (ou não lugar) das CSHS na produção dos critérios de avaliação da produção acadêmica no campo da saúde coletiva.*

- De novo esses termos difíceis de entender...

- *Pois é, você elaborou uma série de perguntas ao longo da nossa conversa, ficou insatisfeito com a maior parte das respostas que recebeu, questionando o conteúdo e a forma do que foi apresentado para você, desenvolvendo assim habilidades que nós chamamos de reflexivas e competências que você também chamaria de críticas, provavelmente: é disso que se trata nas CSHS, aquisição de uma postura dialógica, reflexiva, crítica e engajada.*

Somos um fórum privilegiado de diálogo, de circulação de saberes, de discussão dos aportes científicos e também de ação no espaço público, que proporcionem instrumentais analíticos críticos para compreender e dialogar com processos sociais complexos, assim como refletir conjuntamente sobre as melhores formas de produção de saúde em compromisso com a vida pública

## CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO NA TEMÁTICA DE GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL

POR CRISTIANE CABRAL E DANIELA KNAUTH

O Grupo Temático Gênero e Saúde foi criado em abril de 1995, durante o 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Salvador, com objetivo de ampliar e consolidar o ensino e a produção do conhecimento sobre gênero e saúde na área de Saúde Coletiva. O evento, cujo tema central era “A Epidemiologia na busca da equidade em saúde”, ensejou uma articulação entre pesquisadoras, profissionais de saúde e representantes dos movimentos de mulheres, que pleiteavam uma ampliação do espaço para o debate sobre gênero e saúde. A obtenção de fomento junto à Fundação Ford e à Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS possibilitou a realização de algumas atividades no referido congresso, tais como painéis, palestras, comunicações coordenadas, um curso. Na ocasião, também foi realizada uma oficina de trabalho que tinha por objetivo fazer um levantamento sobre o estado da arte da produção de conhecimento epidemiológico na temática de gênero e saúde no Brasil.

Participaram desta oficina histórica: Albertina Costa (FCC); Ana Cristina Tanaka (FSP/USP); Ana Maria Costa (NESP/UNB); Clair Castilho Coelho (DSP/UFSC); Daphne Rattner (IS-SP); Estela Aquino (MUSA/ISC/UFBA); Fernanda Carneiro (CESTEH/FIOCRUZ); Karen Giffin (ENSP/FIOCRUZ); João Yunes (PAHO); Maria Coleta Oliveira (NEPO-Unicamp); Maria José Araújo (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde); Martha Fajardo (OPAS); Miriam Ribeiro (DMP/Escola Paulista de Medicina); Mireya Suarez (Departamento de Antropologia/UNB); Rosa Godoy Fonseca (NEMGE/EE/USP); Rosa Silvestre (NESP/UNB); Sarah Costa (Fundação Ford); Silvia Lúcia Ferreira (GEM/UFBA); Carmen Simone Grilo Diniz (Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde); Susan Wood (International Women’s Health Coalition); Tania Lago (DMS/Santa Casa de São Paulo); Thalia Velho Barreto de Araújo (DMS/UFPE).

A composição original do GT “Gênero e Saúde” reunia Ana Maria Costa (UNB), Regina Maria Barbosa (IS-SP), Karen Giffin (ENSP/FIOCRUZ), Rosa Godoy Fonseca (EE/USP) e Estela Maria Leão de Aquino (ISC/UFBA), que se tornou a primeira coordenadora (entre 1995 e 2000) daquele que era um dos mais novos Grupos Temáticos na estrutura da Abrasco.

O grupo elaborou um plano estratégico que tinha como principal objetivo transformar aquele “espaço” em importante instrumento para implementação de estratégias de institucionalização da temática de gênero, na área de Saúde Coletiva. O GT inicial abrigava apenas cinco pessoas. Paulatinamente, novos membros foram sendo convidados a integrar o grupo, e logo começaram as primeiras incursões de seus representantes em eventos e espaços estratégicos para a inserção da temática de gênero e saúde.

Ao longo de sua existência, o GT tem buscado fortalecer os vínculos e a interlocução entre a universidade, os serviços de saúde e os movimentos sociais, particularmente o de mulheres, com o propósito de tornar o conhecimento acadêmico útil e acessível para profissionais de saúde e outros atores sociais comprometidos com a saúde, além de captar demandas emergentes de produção de conhecimento e formação de profissionais.

Uma das primeiras atuações do GT Gênero e Saúde foi dirigida ao mapeamento do debate sobre o tema no campo acadêmico em um grande evento mundial. No mesmo ano de sua criação, foi realizado no Rio de Janeiro o 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde, que tinha como eixo central o tema “Saúde da Mulher, Pobreza e Qualidade de Vida”. A então coordenadora do GT integrou o Comitê Consultivo Nacional do evento que seria realizado pela primeira vez na América Latina. O encontro reuniu mais de 600 participantes de 58 países, congregando ONG nacionais

## O GT FOI CRIADO A PARTIR DE UMA OFICINA HISTÓRICA DE TRABALHO QUE TINHA POR OBJETIVO FAZER UM LEVANTAMENTO SOBRE O ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO NA TEMÁTICA DE GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL

e internacionais, redes nacionais, regionais e mundiais, organizações governamentais, instituições acadêmicas e de pesquisa, grupos de base e entidades populares de todos os continentes. Neste evento, um grupo de mulheres profissionais da área de Saúde Coletiva, militantes feministas e da área sindical, assumiu a responsabilidade de organizar o 2º International Congress Women Work Health, com o apoio institucional da Abrasco (GT Gênero e Saúde), FIOCRUZ, UNIFESP e Redesaude.

O 2º International Congress Women Work Health, realizado em setembro de 1999, foi precedido pelo 1º Encontro Latino-americano Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas, evento realizado numa parceria entre o GT de Gênero e Saúde da Abrasco e a Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).<sup>1</sup> O congresso internacional abrigou uma discussão com cerca de 40 representantes de programas e cursos de pós-graduação, de várias regiões do país, de outros países da América Latina, do Canadá e da França, sobre a abordagem dos problemas sociais, relacionados a gênero, saúde e trabalho. Nessa reunião, que contou com o

apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, foram relatadas experiências de vinte instituições acadêmicas de oito estados brasileiros, com predomínio de programas na área de saúde coletiva, revelando a diversidade de iniciativas em curso, em diferentes estágios de institucionalização.

Além do campo acadêmico, as integrantes do GT tiveram, desde o início, forte atuação em espaços de controle social e de discussões de políticas públicas para o enfrentamento de questões referentes à saúde da mulher. Destacamos, assim, a presença constante do GT Gênero e Saúde na Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A CISMU tem como atribuição o acompanhamento das políticas de saúde e o encaminhamento ao CNS de recomendações, sobre questões pertinentes ao seu campo de atuação, além de se constituir em importante canal de comunicação entre o Estado e a sociedade civil.

Foi em decorrência da atuação do GT Gênero e Saúde neste espaço de controle social que o âmbito materno passou a ser definido como evento de notificação compulsória (Resolução CNS nº 256 de 01/10/1997), e que também resultou na investigação rotineira das mortes de mulheres, em idade reprodutiva, pelo sistema de vigilância epidemiológica, até então exclusivamente voltado para as doenças transmissíveis.

No que diz respeito às ações de controle social, os membros do GT têm participado de comissões e grupos de trabalho no âmbito do governo, seja em nível federal, estadual ou municipal (são exemplos os Comitês Assesores, sobretudo os de mortalidade materna). Além da CISMU, o GT vem mantendo sua representação junto ao Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM)<sup>2</sup> e ao Grupo de Estudos de Aborto (GEA)<sup>3</sup>. Tais

<sup>1</sup> Costa, A. M.; Aquino, E. L. (2000). Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas, UnB: 181-202.

<sup>2</sup> Criado em 1985, o CNDM está vinculado ao Ministério da Justiça, e tem como meta promover políticas que visem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Na primeira década do século XXI, o Conselho passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, contando em sua composição com representantes da sociedade civil e do governo, como forma de ampliar o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres.

<sup>3</sup> Criado em 2008, o GEA reúne acadêmicos de diferentes setores e instituições visando aprofundar as questões referentes ao tema do aborto no país.

representações concretizam a possibilidade de articulação entre a produção acadêmica e a elaboração de políticas públicas em saúde no país.

Outro exemplo de forte influência do GT Gênero e Saúde da Abrasco no que concerne a elaboração de políticas públicas nacionais pode ser dado em relação à algumas ações e estratégias desenvolvidas pelo governo brasileiro para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Em 1997, a evolução da epidemia de HIV/Aids para além dos grupos iniciais de risco e sua expansão entre as mulheres justificou a criação do Grupo Assessor para Elaboração de Proposta de Trabalho para Mulheres do Programa Nacional de DST/Aids do MS, o qual tinha representante do GT Gênero e Saúde.

Este Grupo Assessor contou com grande apoio das feministas e de outros grupos organizados em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, e elaborou um conjunto de recomendações, que passaram a embasar as políticas e ações de controle da Aids.

A produção acadêmica e ação política do GT Gênero e Saúde tem incorporado um extenso leque de temas, como reprodução, juventude, violência doméstica e sexual, Aids e outras DST, aborto, controle social, monitoramento e avaliação de políticas e programas para mulheres, dentre outros.

O GT tem tido uma atuação sistemática e regular nos eventos acadêmicos da área, promovendo atividades específicas, como oficinas e minicursos, mesas redondas e painéis de debates e participando das atividades gerais. Em comemoração aos primeiros dez anos, o GT realizou em 2005, durante o 4º Congresso de Ciências Sociais e Saúde, uma oficina de Avaliação dos avanços e lacunas na incorporação da perspectiva de Gênero no âmbito da produção do conhecimento em saúde coletiva. A oficina apontou que, embora gênero já seja assumido como um recorte transversal em um volume significativo de pesquisas na área, ainda existiam lacunas como a que fora identificada uma década antes, no campo dos estudos epidemiológicos, em que a noção de gênero mui-



tas vezes aparece confundida com a de sexo, sendo tomada como variável ou categoria empírica e não como categoria analítica. Este aspecto foi novamente retomado no 7º Congresso Brasileiro e 18º Congresso Mundial de Epidemiologia, realizado em 2008, na oficina Desafios teóricos conceituais e metodológicos para a incorporação da perspectiva de gênero na pesquisa epidemiológica. Passados mais de vinte anos, nosso balanço é o de que tal lacuna e desafio ainda persiste, apesar dos diferentes esforços nas distintas frentes de atuação e nas produções acadêmico-científicas de seus representantes.

A cada três anos, em média, o GT indica uma nova coordenação. O GT mantém, permanentemente, sua função assessora à diretoria da Abrasco, bem como as diversas representações em importantes foros, nos quais seus representantes procuram pautar temas que lhes são caros (conferindo visibilidade à tais discussões), influir nas políticas públicas, bem como exigir cumprimento dos compromissos do estado quanto à adoção de políticas diversas.

### **Coordenador@s e vice-coordenador@s do GT ao longo de seus 22 anos:**

#### **1995 a 2000**

Estela Aquino (ISC/UFBA); Ana Maria Costa (NESP/UNB)

#### **2000 a 2003**

Ana Maria Costa (NESP/UNB); Edgar Hamann (FCS/UNB)

#### **2003 a 2008**

Wilza Villela (EPM/UNIFESP); e Simone Monteiro (FIOCRUZ)

#### **2008 a 2010**

Simone Monteiro (FIOCRUZ); Wilza Villela (EPM/UNIFESP)

#### **2010 a 2013**

Ana Flávia P. Lucas d'Oliveira (FM/USP); Ana Paula Portella (UFPE)

#### **2013 a 2016**

Jorge Lyra (UFPE); Carmen Simone Diniz (FSP/USP)

#### **2016 - atual**

Daniela Knauth (UFRGS); Cristiane Cabral (FSP/USP)



## ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

POR INÊS RUGANI RIBEIRO DE CASTRO, MARIA ANGÉLICA TAVARES DE MEDEIROS E ELISABETTA RECINE\*

Criado em 2008, o Grupo Temático Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da Abrasco (GT-ANSC) surge em um contexto de discussão do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas e se funda na necessidade de tematizar a problemática alimentar e nutricional no interior da Abrasco<sup>1</sup>.

O GT-ANSC reúne, hoje, 22 pesquisadores de diferentes instituições e regiões do País. Desde sua criação, o GT-ANSC desenvolve atividades que buscam concretizar os seguintes objetivos: (a) contribuir para a construção de referenciais teóricos e metodológicos que ampliem a compreensão do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva – ANSC, e orientem políticas e ações a ela dirigidas; (b) propor e coordenar espaços de discussão que promovam o intercâmbio e a disseminação de saberes relevantes para o campo ANSC; (c) identificar temas prioritários de pesquisa e contribuir para o seu fomento; (d) estimular a articulação entre centros de formação e Programas de Pós-Graduação que atuam no campo, visando à qualificação de gestores e à

formação de lideranças acadêmicas; (e) promover a interlocução entre os diferentes atores e segmentos envolvidos na formulação e implementação de políticas e ações; (f) atuar estrategicamente visando a influenciar o cenário político na área da segurança alimentar e nutricional e da saúde, e nas demais áreas que determinam as condições de alimentação e nutrição da população; (g) posicionar-se quanto a questões relevantes relacionadas à ANSC e (h) representar a Abrasco em fóruns e em instâncias colegiadas pertinentes.

Esses objetivos se traduzem em ações organizadas em três eixos: produção e disseminação de conhecimento, formação em ANSC e ação política.

Em termos de produção e disseminação de conhecimento, que subsidie a qualificação dos saberes e práticas em ANSC, registram-se algumas contribuições deste coletivo, a saber: a publicação de número temático sobre o campo da ANSC, em 2011<sup>2</sup>; a publicação de duas seções temáticas, uma sobre formação em ANSC, em 2014<sup>3</sup>, e outra sobre educação alimentar e nutricional, em 2016<sup>4</sup>.

Além dessas, cabe destacar a parceria entre a Abrasco, por meio do GT-ANSC, e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, para a construção da Agenda Estratégica de Pesquisas em Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde – SUS, de 2017 a 2020. Iniciada em 2016 e em andamento atualmente, essa iniciativa articula pesquisadores e programas de pós-graduação de Nutrição e de Saúde Coletiva e tem por objetivo contribuir para a qualificação da gestão e do acompanhamento dos programas, estratégias e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição por meio da ampliação da presença destes temas nas agendas de pesquisa, por exemplo, dos programas de pós-graduação.

No âmbito da formação em ANSC, o GT tem priorizado os distintos espaços da Abrasco, como congressos e simpósios, promovendo-

O SISTEMA ALIMENTAR  
HEGEMÔNICO CONTRARIA  
FRONTALMENTE O DIREITO  
HUMANO À ALIMENTAÇÃO  
ADEQUADA E SAUDÁVEL,  
COMPROMETE A DEMOCRACIA,  
APROFUNDA INIQUIDADES, É  
INSUSTENTÁVEL AMBIENTAL E  
SOCIALMENTE E CONTRIBUI PARA A  
EPIDEMIA DA OBESIDADE

Marco na história do GT foi a realização do *World Nutrition Rio2012* que reuniu 1800 acadêmicos, gestores, profissionais e ativistas de mais de 70 países, abordou os complexos desafios contemporâneos da Alimentação e Nutrição e foi realizado sem qualquer patrocínio da indústria de alimentos, acontecimento pioneiro à época na experiência de eventos nacionais e internacionais de nutrição



do oficinas, mesas redondas e palestras nas quais se reúnem pesquisadores associados, estudantes de graduação e pós-graduação e profissionais, no debate de questões estratégicas da agenda de ANSC. Tais eventos se configuram como momentos de interlocução, tanto com outros GT da Abrasco quanto com entidades representativas e gestores de políticas públicas, articulando a pesquisa, a formação e a ação política.

Um importante marco na história do GT-ANSC foi a realização do *World Nutrition Rio2012*, congresso internacional organizado pela Abrasco (por meio do GT), em parceria com a WPHNA (*World Public Health Nutrition Association*). Tendo como lema “Conhecimento, política, ação”, esse evento, que reuniu 1800 acadêmicos, gestores, profissionais e ativistas de mais de 70 países, abordou os complexos desafios contemporâneos postos para aqueles que atuam em ANSC. Foi realizado sem qualquer patrocínio da indústria de alimentos, acontecimento pioneiro à época na experiência de eventos nacionais e internacionais de nutrição.

A incidência política do GT-ANSC tem como pano de fundo o reconhecimento de que o sistema alimentar hegemônico contraria frontalmente o direito humano à alimentação adequada e saudável, compromete a democracia, aprofunda iniquidades, é insustentável ambiental e socialmente e contribui para a epidemia da obesidade. Em resposta a isso e levando-se em conta a vocação da Abrasco, os temas priorizados pelo GT, para incidência política junto a gestores públicos e junto à sociedade civil, têm sido a articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricio-

nal (SISAN), a problematização e a proposição de condutas que previnam os conflitos de interesse na relação público-privado na área de alimentação e nutrição e o empenho para fazer avançar a agenda regulatória no que diz respeito à alimentação e nutrição, com ênfase nos seguintes temas: publicidade e rotulagem de alimentos, taxação de produtos ultraprocessados e código sanitário incluído.

As principais ações de incidência política no cenário nacional têm se dado em três vertentes. A primeira é representação da Abrasco em arenas de controle social, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, a esse respeito, Elisabetta Recine, membro do GT-ANSC, foi recentemente indicada presidenta desse Conselho - e a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição - CIAN, do Conselho Nacional de Saúde.

A segunda é a publicação de documentos sobre temas candentes em diferentes conjunturas. São exemplos dessa atuação nos últimos anos: posicionamentos referentes a situações de conflito de interesses na relação público privado (como foi o caso da nota referente ao Prêmio Pemberton/Coca Cola, publicada em 2013); o posicionamento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira, quando da consulta pública para sua elaboração, em maio de 2014; o documento intitulado “Fortalecimento da Agenda de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde: Subsídios para as Conferências de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional”, publicado em maio de 2015; e a elaboração de subsídios para a nota da Abrasco sobre os desafios para o enfrentamento da obesidade, publicada quando da realização do Encontro Regional para o Enfrentamento da Obesida-



de Infantil, em março de 2017, que reuniu representantes de diferentes governos de países das Américas.

A terceira vertente de incidência política é a atuação em instâncias organizadas da sociedade civil, voltadas ao fortalecimento de ações coletivas que contribuam com a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e com a mudança estrutural do sistema agroalimentar brasileiro. O Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional e a Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, são exemplos de coletivos em que o GT-ANSC está inserido.

Neste momento político tão adverso, o GT-ANSC atua de maneira articulada com as iniciativas de caráter coletivo, em movimentos de resistência contra o desmonte das políticas públicas de alimentação e nutrição e de saúde, e segue firme no seu propósito de contribuir para a melhoria da alimentação, da nutrição e da saúde da sociedade brasileira.

*\* Inês Rugani Ribeiro de Castro é professora associada do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.*

*Maria Angélica Tavares de Medeiros é professora adjunta do Instituto Saúde e Sociedade, Curso de Nutrição da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista.*

*Elisabetta Recine coordena na UnB o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e é a nova presidenta do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea.*

*Todas são Coordenadoras do GT Alimentação e Nutrição da Abrasco.*

### REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Documento de Criação Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no âmbito da Abrasco - GT-ANSC. In: *IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco*; 2007; Salvador; (mimeo).
2. Bosi MLM, Prado SD. O campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: identificando contornos e projetando caminhos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):4.
3. Medeiros, MAT, Prado SD, Bosi MLM. Contributions for the capacity development in Food and Nutrition in Public Health. *Revista de Nutrição (Impresso)*, v. 27, p. 645-652, 2014.
4. Carvalho MC da VS, Medeiros MAT, Bosi MLM, Prado SD. Critical thinking: the better tool for food and nutrition education. *Revista de Nutrição*, v. 29, p. 753-754, 2016.

## RELAÇÕES INTERNACIONAIS

POR EDUARDO FAERSTEIN\*

**N**a primeira reunião de nossa Diretoria, ainda durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Abrascão 2015, o presidente Gastão Wagner de Sousa Campos auscultou-nos sobre frentes de trabalho preferenciais de atuação. Fiquei responsável pela articulação das relações internacionais da Abrasco. Em seguida, a Diretoria aprovou proposta de formação de Comitê Assessor de Relações Internacionais (CARI), composto por Anacláudia Fassa, Luis Eugenio Portela, Álvaro Matida, Paulo Buss, Luiz Facchini, e por mim coordenado.

A iniciativa tenta responder aos desafios e oportunidades crescentes nesse campo de atuação da Saúde Coletiva, e coletivizar a atenção ao tema por parte da Abrasco. A composição proposta visou favorecer a transmissão da substancial experiência adquirida em gestões anteriores. Posteriormente, os diretores Alcides Miranda e Leonor Pacheco solicitaram sua participação no Comitê.

Com aval da Diretoria, nossa prioridade de ação é contribuir para a construção da Regional das Américas da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (WFPHA): a Alianza de las Asociaciones de Salud Publica de las Americas (AASPS) formada em 2015.

O protagonismo de nossa atuação junto às 15 associações já integradas à Alianza motivou a eleição da Abrasco para a vice-presidência (Cuba na presidência e secretaria geral, outros cargos com México, Colômbia, Porto Rico e Panamá), em reunião de formalização no Panamá em 2016. Fomos responsáveis pela redação da minuta da Declaração do Panamá, sendo também responsáveis pela proposição de minuta de regimento da Alianza, entre outras atribuições políticas e administrativas.



Participamos da Assembleia Anual da WFPHA em Genebra onde articulamos a candidatura de Luis Eugenio de Souza para “president-elect” da WFPHA (quase ganhando a parada).

Os seguintes desafios e tarefas foram propostos e aprovados pela Diretoria:

- Adotar como referência de luta internacional a plataforma contida nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), articulando ampla coalizão da saúde pública mundial que inclua WFPHA e suas federações regionais, Alames, Alasag, Alaesp, IUHPE e outras entidades;
- Organizar consultas aos Comitês, Grupos Temáticos e Comissões da Abrasco sobre propostas de cooperação internacional no âmbito da Alianza e da WFPHA;
- Ativar outras frentes internacionais já definidas pela Diretoria, como criação de laços da Abrasco com países dos BRICS e África (principalmente aqueles de língua portuguesa);
- Estudar a viabilidade de website da Abrasco incluir abas/seções em inglês.

*\*Professor e pesquisador do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenador do Comitê Assessor de Relações Internacionais da Abrasco.*

Nossa prioridade de ação é contribuir para a construção da Regional das Américas da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (WFPHA): a Alianza de las Asociaciones de Salud Publica de las Americas (AASPS) formada em 2015

## SAÚDE BUCAL COLETIVA: SUBVERTENDO O TERRITÓRIO ODONTOLÓGICO

POR CRISTINE MARIA WARMLING, EFIGÊNIA FERREIRA E WILTON PADILHA\*



No Brasil, a organização das políticas públicas de saúde bucal se caracterizou historicamente pela ênfase em ações curativas, mutiladoras e extremamente focalizadas na extração dentária. Com acesso restrito aos serviços odontológicos públicos, pois na grande maioria dos municípios as ações foram constantemente direcionadas para a faixa etária de escolares de seis a doze anos, aos adultos e idosos os serviços priorizaram o atendimento de urgências. Um processo que tornou a saúde bucal uma das áreas que se expressa por extrema exclusão social (PUCCA et al., 2010).

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, no ano de 2004, (BRASIL, 2004) foi fruto da luta histórica da população e dos trabalhadores de saúde bucal em busca de um modelo de atenção fundamentado nas necessidades da população. Com ela foram impulsionados processos de ampliação e qualificação das políticas públicas de saúde

bucal no país. O modelo de atenção à saúde bucal evoluiu da ênfase à atenção aos escolares e voltado para o sistema privado de alto custo, para a consolidação de uma rede de sistemas e serviços, universal, equitativa e pautada nos princípios e diretrizes do SUS.

Na análise comparada de sistemas de saúde mundiais a Política Nacional de Saúde Bucal apresenta-se como uma das mais amplas políticas públicas para a área na atualidade (MOYSÉS, 2013). A política de saúde bucal brasileira é assim avaliada pelo que tem produzido especialmente em termos de aumento de financiamento, progresso de indicadores epidemiológicos, constituição de rede de serviços de saúde bucal e incorporação profissional (PUCCA et al., 2015).

Uma das expressões do avanço vivenciado desde a implantação da política pode ser verificada pelas informações do Ministério da Saúde, no ano de 2016, que contabilizou 25.000 Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuando integradas as Equipes de Saúde da Família (ESF) e 1000 Centros de Especialidades Odontológicas implantados no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O campo da pesquisa na saúde bucal coletiva também de maneira única vivenciou no período um aumento dos investimentos públicos para projetos de interesse de pesquisa para o SUS da saúde bucal. Entre os anos de 2003 e 2013, o valor alcançou a cifra de R\$ 8.171.370,84 milhões (WARMLING; CELESTE, 2016). Um processo que não ocorre de maneira isenta de interesses de campos científicos que não se adequam a área da saúde bucal coletiva. Cita-se como exemplo dessa distorção o crescimento de publicações do campo apresentar-se maior em periódicos de odontologia do que de saúde coletiva, com a epidemiologia a frente no incremento de publicações. Ainda se verificam distorções que precisam ser trabalhadas e debatidas em prol de uma ciência que se volte aos interesses da universalidade,

equidade e do maior acesso a saúde bucal população (CELESTE, WARMLING, 2014).

É no escopo das reformulações nos serviços e inovação nas tecnologias de cuidado ocorrida nos últimos anos que vem sendo produzido o movimento da produção científica da saúde bucal coletiva. Circunscreve um campo de interesse de investigadores que usam pressupostos políticos, teóricos e metodológicos inseridos nas principais linhas de pesquisa da saúde coletiva: a epidemiologia, a política e planejamento e as ciências sociais e humanas.

Compreende-se que a saúde bucal coletiva se encontra em pertencimento à saúde coletiva enquanto referencial que pretende subverter o território odontológico. *Um movimento que se origina na reforma sanitária brasileira e procura romper, sobre o ponto de vista epistemológico, com a odontologia. Rejeita o monopólio profissional de ações de saúde bucal ou a realização de procedimentos inúteis muitas vezes realizados apenas por razões mercantis. Orienta a produção do conhecimento científico e tecnológico, como afirmação da vida democrática em sociedade* (Abrasco GT Saúde Bucal Coletiva, 2017).

A criação do Grupo Temático da Abrasco ocorreu neste contexto inicial descrito. No ano de 2003, participantes da assembleia da ABRASBUCO (Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva) realizada durante o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Brasília/DF) propuseram à Abrasco a criação de um Grupo de Trabalho de Saúde Bucal Coletiva.

Aproximadamente cinco anos transcorreram envolvendo discussões e negociações com as sucessivas diretorias da Abrasco. A criação formal se deu por meio de uma carta

propositiva redigida durante o 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, no ano de 2007, em Salvador/BA (GOES et al., 2015).

O GT Saúde Bucal Coletiva fundamenta-se na defesa de alguns princípios norteadores: 1. O acesso universal às ações e serviços em saúde bucal. 2. O cuidado integral considerando a indissociabilidade das dimensões do cuidado da promoção, prevenção e reabilitação. 3. A prática profissional ética e co-responsável que defenda a autonomia do usuário. 4. O controle popular dos sistemas e serviços de saúde enquanto pré-requisito ao exercício da cidadania (Abrasco GT Saúde Bucal Coletiva, 2017).

Com certeza a Política Nacional de Saúde bucal não atravessa ileso ao movimento de desmonte que ocorre no estado de bem estar social brasileiro. O coletivo de membros do GT Saúde Bucal Coletiva organiza-se para, no seu escopo de atuação, produzir resistências às perdas de direitos alcançados.

#### AGENDAS E PAUTAS

1. Propor e organizar processos de planejamento de atividades e ações com o objetivo de ampliar a integração com as pautas políticas e institucionais do Abrasco e que ao fortalecer a comunicação entre os pesquisadores, instituições e temáticas almeje um desenho de rede de pesquisa no campo da saúde bucal coletiva.

2. Estimular a organização das redes de comunicação, de atividades e de participação dos pesquisadores a partir do reconhecimento e fortalecimento do diálogo tanto no interior como entre as grandes áreas de pesquisa na saúde coletiva: Ciências Sociais e Huma-

A SAÚDE BUCAL COLETIVA SE ENCONTRA EM PERTENCIMENTO À SAÚDE COLETIVA ENQUANTO REFERENCIAL QUE PRETENDE SUBVERTER O TERRITÓRIO ODONTOLÓGICO. UM MOVIMENTO QUE SE ORIGINA NA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E PROCURA ROMPER, SOBRE O PONTO DE VISTA EPISTEMOLÓGICO, COM A ODONTOLOGIA

O GT fundamenta-se na defesa do acesso universal às ações e serviços em saúde bucal, no cuidado integral considerando a indissociabilidade das dimensões do cuidado da promoção, prevenção e reabilitação, na prática profissional ética e co-responsável que defenda a autonomia do usuário

nas em Saúde, Epidemiologia e Políticas e Planejamento.

3. Organizar-se para que a participação dos membros componentes do GT possa ocorrer não apenas pela presença nos congressos da Abrasco, mas pelo desenvolvimento de projetos concretos ligados a constituição de redes e coletividades de pesquisa em saúde coletiva com o objetivo de impulsionar e apoiar as políticas e a gestão.

4. Integrar e participar ativamente da comissão de organização da Reunião Científicas de Saúde Bucal Coletiva programada para ocorrer em tri anualmente.

5. Ampliar a interlocução com fóruns e entidades correlatas de expressão nacional, em especial ENATESPO, ABENO e SBPQO, visando o reconhecimento, disseminação e consolidação dos princípios da pesquisa e da prática da saúde bucal coletiva.



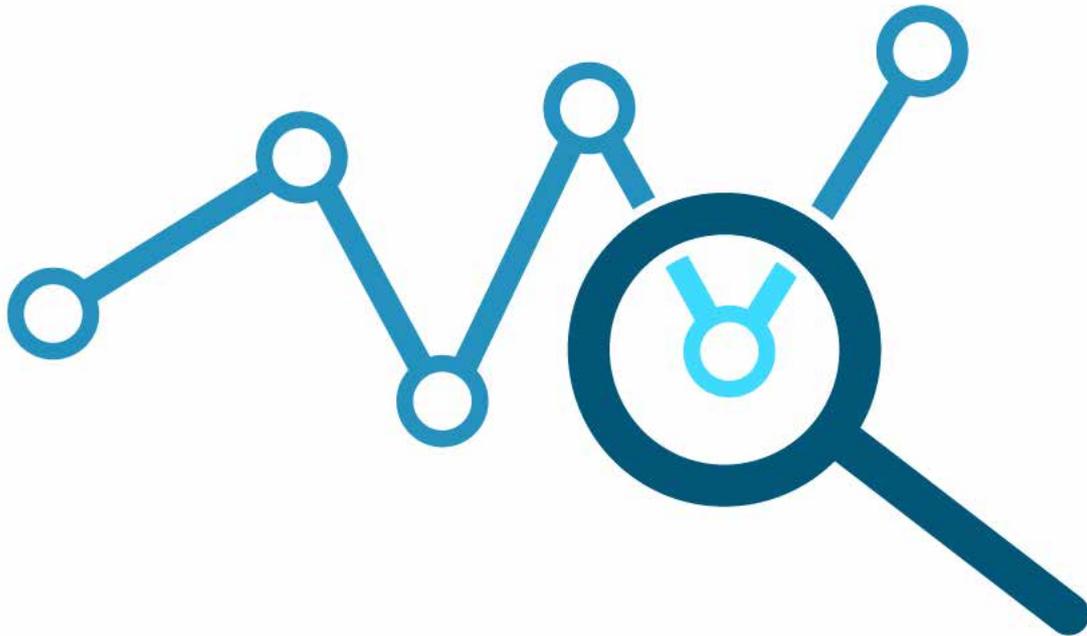
\* *Cristine Maria Warmling é professora na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*Efigênia Ferreira é professora na Universidade Federal de Minas Gerais. Wilton Padilha é professor na Universidade Federal da Paraíba. Todos são Coordenadores do GT Saúde Bucal da Abrasco.*

#### REFERÊNCIAS

- ABRASCO GT Saúde Bucal Coletiva. Texto baseado na carta de criação do GT Saúde Bucal Coletiva. <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudebucalcoletiva/> Acesso: 23/05/2017.
- CELESTE RK, WARMLING, CM. Produção bibliográfica brasileira da Saúde Bucal Coletiva em periódicos da saúde coletiva e da odontologia. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2014;19(6): 1921-1932.
- GOES PSA, FREITAS S, WARMLING CM. Relatório de Gestão da Coordenação GT de Saúde Bucal – ABRASCO 2011-2015. <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudebucalcoletiva/documentos/> Acesso: 23/05/2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em: 24/04/2017.
- MOYSÉS, SAMUEL JORGE O contexto histórico da formulação de políticas de saúde bucal em países selecionados. In MOYSÉS, SAMUEL (org.) JORGE KRIGER, LÉO; MOYSÉS, SAMUEL JORGE; MOYSÉS SIMONE TETU (coor.) MORITA, MAIRA CELESTE Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013 (11-37).
- PUCCA JR, G; LUVISON, I; BALDISSEROTTO J; WARMLING CM. *Política Nacional de Saúde Bucal: metas e resultados.* Boletim da Saúde, 2010; 24(1): 107-116.
- PUCCA JR GA, GABRIEL M, DE ARAUJO ME, DE ALMEIDA FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J dent. res.* 2015;94(10): 1333-37.
- WARMLING CM, CELESTE, RK. 4a Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva: A produção científica nos 10 anos do Brasil sorridente Ebook 2016.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE



O GT de Monitoramento e Avaliação de Programas, Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde foi inicialmente formado com intersecção direta com a Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Abrasco. O propósito deste trabalho integrado visava propiciar que o componente de Avaliação fosse desenvolvido como um reforço/complemento da ação em política, planejamento e gestão da diretoria subsidiando/apoiando com aporte político e técnico necessário para o processo de engajamento político da Abrasco no cenário nacional.

Assim a composição inicial foi praticamente de pesquisadores ligados aos programas de pós-graduação que eram sócios institucionais e alguns raros sócios individuais. As atividades iniciais foram direcionadas a um levantamento do material científico e operacionais que estavam sendo utilizados pelos distintos pesquisadores/as, mas devido a diversidade de abordagens, concepções e técnicas utilizadas inviabilizaram a construção de compêndios que havia sido a proposta inicial deste trabalho de mapeamento da área.

Com o caminhar da política pública de

universalização da atenção à saúde - SUS - houve a paulatina incorporação de profissionais das instancias de gestão dos distintos níveis de governo na composição do GT, e que traziam demanda urgente em dimensões do sistema de saúde que auxiliassem o processo de tomada de decisão.

Tendo em vista que eram plenamente compatíveis e de interesse da maioria dos membros do GT, essas perguntas avaliativas foram incorporadas nas diretrizes de trabalho e permitiu o envolvimento de membros nessas iniciativas. Cabe lembrar que essas iniciativas de avaliação possibilitaram a mobilidade e os encontros presenciais dos membros do GT tendo em vista a diretriz de busca de auto sustentação financeira solicitada a todos os GTs da Abrasco.

Essa parceria com a gestão não propiciou oportunidades iguais para todos os membros do GT, o que de certo modo fragilizou o processo de construção coletiva que estava se esboçando.

Ao mesmo tempo a avaliação como campo de pesquisa e de gestão foi ganhando mais adeptos e houve a formação espontânea de

## NA ÚLTIMA DÉCADA, DEVIDO AO INCENTIVO E FOMENTO PARA PROJETOS, HOUE UMA EXPANSÃO DA PESQUISA E CONSEQUENTEMENTE DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS NA ÁREA, O QUE DE CERTO MODO FORTALECE E AO MESMO TEMPO LEGITIMA O CAMPO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

outros grupos de pesquisa e principalmente de atuação na gestão que resultou em um universo de interessados no tema mais abrangente e mais diversificado.

Na última década, devido ao incentivo e fomento para os projetos de pesquisa houve uma expansão da pesquisa e consequentemente dos trabalhos científicos na área, o que de certo modo fortalece e ao mesmo tempo legitima o campo da avaliação em saúde.

Houve ainda um incremento em iniciativas de avaliações desencadeadas/induzidas pela gestão em saúde em que houve maior envolvimento de algumas instituições acadêmicas para o processo de execução de avaliações/diagnósticos amplos de políticas/programas de saúde, possibilitando o fortalecimento acadêmico em avaliação e a formação de redes com atuação no campo da avaliação em saúde.

A crise política, econômica e social em que estamos vivendo trouxe à baila a necessidade de revermos a dinâmica de trabalho do GT. Para tanto foi proposto pela atual equipe de coordenação do GT, a construção de um novo plano de trabalho que auxiliasse o GT e a Abrasco na necessária reconstrução do trabalho a ser desenvolvido. Para tornar mais efetiva a atuação do GT, seja na interação com a diretoria como também na Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Abrasco.

A recente plenária do GT, definiu que a nova recomposição do GT partirá de um processo dinâmico de trabalho em que os membros serão incorporados de acordo com o envolvimento/engajamento no trabalho concreto do GT. Para direcionar o trabalho e permitir uma organização que contemple

as diretrizes da Abrasco foram definidos os seguintes eixos de trabalho:

1. Identidade - Quem somos? Quantos somos? Aonde estamos? Como trabalhamos?

2. Cooperação - com quem estamos trabalhando? Quais os resultados da cooperação sejam para o grupo, instituição e o cooperado?

3. Formação - como estamos contribuindo na formação nas distintas graduações e pós-graduações na área de saúde, com qual perfil estamos trabalhando? Como temos contemplado a interdisciplinaridade?

4. Disseminação - quais os instrumentos, mecanismos, estratégias estamos estimulando para a disseminação dos métodos, abordagens, técnicas e instrumentos utilizados em avaliação que possam ser apropriados pelos distintos interessados no campo da avaliação de política, planejamento e gestão em saúde?

5. Compartilhamento - como poderemos compartilhar o acúmulo de nossas identidades, os mecanismos e estratégias de cooperação, os conteúdos e métodos didáticos pedagógicos utilizados pelos distintos grupos? Quais mecanismos de disseminação têm sido mais efetivos para que os interessados em avaliação possam utiliza-los como ferramenta nos contextos políticos e sociais necessários para a construção do sistema de saúde.

Foi decidido ainda na plenária que será mantido o colegiado de gestão do grupo composto pelos animadores de cada um dos 5 eixos de trabalho, de maneira que a condução seja de baseada nos produtos gerados dentro do GT e que os insumos necessários para a diretoria e para a Comissão de Política seja alicerçado em um material conceitual e empírico resultando do maior número possível de membros com atuação ativa no GT.

## PORQUE A ABRASCO CRIOU UM GT RACISMO E SAÚDE?

POR LUÍS EDUARDO BATISTA

A proposta de criação do GT Racismo e Saúde surgiu de pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais participantes do 7º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em 2003, na capital federal. Neste encontro foi aprovada a moção que propunha a criação de um GT com a temática racial na Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Os dados epidemiológicos obtidos evidenciam diferenciais na saúde de brancos, negros, indígenas e amarelos – as categorias de raça/cor (quesito cor). Nesse sentido o racismo, a classe social, gênero e geração são categorias importantes no desfecho em saúde, e/ou na determinação da distribuição do processo de produção da saúde e da doença.

Os estudos evidenciam as desigualdades raciais e seu impacto na saúde, revelam como o racismo opera no sistema de saúde e desafia a agenda da gestão pública. A solução encontrada pela Abrasco para enfrentar o racismo institucionalizado foi formular e implementar um Grupo Temático para garantir que esse tema seja incluído dentre as linhas de atuação da Associação.

Reconhecemos que o racismo é um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades. O racismo tem relação com as condições de vida e é também visível

na qualidade da assistência e do cuidado prestados. Para enfrentar o racismo é necessária a criação de espaços de discussão e execução de políticas específicas.

O racismo estrutura profundamente o escopo de democracia no Brasil, reduzindo a abrangência da cidadania, estando na base da criação e manutenção de preconceitos, ou seja, ideias e imagens estereotipadas e inferiorizantes acerca da diferença do outro e do outro diferente, justificando o tratamento desigual (discriminação). Em sua expressão na vida de indivíduos e grupos, o racismo assume três dimensões principais, segundo o modelo proposto por Camara P. Jones, racismo internalizado/pessoal, o racismo interpessoal e o racismo institucional. Werneck, 2016.

O “campo” de estudos saúde da população negra tem como marca a integralidade a participação popular (controle social), o princípio ético da equidade, o enfrentamento e desconstrução do racismo no campo da saúde. Também são considerados como marca desse campo a saúde como direito social, de cidadania e dignidade da pessoa humana, assim como a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

O GT Racismo e Saúde é um espaço de diálogo e de articulação entre pesquisadoras/es, profissionais de saúde, gestor@s, negros



em movimentos que estão trabalhando com a temáticas relacionadas ao racismo, seu impacto na sua e a forma de enfrentamento.

No GT serão realizadas discussões sobre os temas relacionados ao impacto do racismo na saúde e a forma de enfrentamento - a questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra; Racismo e saúde e suas interseccionalidades (especialmente gênero e classe); Doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra; Genética; Doenças geneticamente determinadas; Bioética; Situação de saúde das populações em situação de vulnerabilidades individual, social e programática; Ciclo da vida; Condições de vida e saúde da população negra; Medicina popular de matriz africana; Contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde; Religiões afro-brasileira e promoção da saúde; Racismo institucional, avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias; Estudos curriculares, estudos sobre estratégias pedagógicas em saúde da população negra e mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo.

O GT se propõe a ser um espaço privilegiado de troca entre pesquisadores, profissionais de saúde, movimentos sociais e gestores.



## Estudos evidenciam as desigualdades raciais e seu impacto na saúde, revelam como o racismo opera no sistema de saúde e desafia a agenda da gestão pública

### OBJETIVOS DO GT RACISMO E SAÚDE

a) Propor a inclusão dos temas relacionados racismo, seu impacto na saúde e a forma de enfrentamento, bem como suas interseccionalidades (gênero, classe) em atividades, mesas, palestras, reuniões científicas e Congressos organizados pela Abrasco;

b) Propor e realizar atividades em articulação com outros GTs da Abrasco;

c) Congregar a experiência que os movimentos sociais negro tem no campo das relações raciais em saúde, a experiência dos docente que incluíram a temática racial na formação inicial, na pós-graduação e na educação permanente, o trabalho desenvolvido na gestão do Sistema Único de Saúde em especial na implementação da PNSIPN;

d) Contribuir para nortear a implantação da temática, fomentar e incluir os temas como racismo e saúde da população negra nas formações universitárias, especialmente das áreas de saúde; e na educação permanente de recursos humanos na área de saúde, como exercício de ações intersetoriais entre saúde e educação;

e) Estabelecer uma agenda de cooperação entre pesquisador@s, gestores, profissionais de saúde e sociedade civil visando reduzir as iniquidades raciais em saúde;

f) Debater quais os desafios e as estratégias utilizadas por usuários, gestores e profissionais de saúde para o enfrentamento e desconstrução do racismo no campo da saúde.

### PLANO DE TRABALHO BIÊNIO 2017-2018

a) Realizar mesas e palestras nos congressos e reuniões científicas organizados pela Abrasco;

b) realizar atividades conjuntas com outros GTs da Abrasco;

c) realizar encontros presenciais;

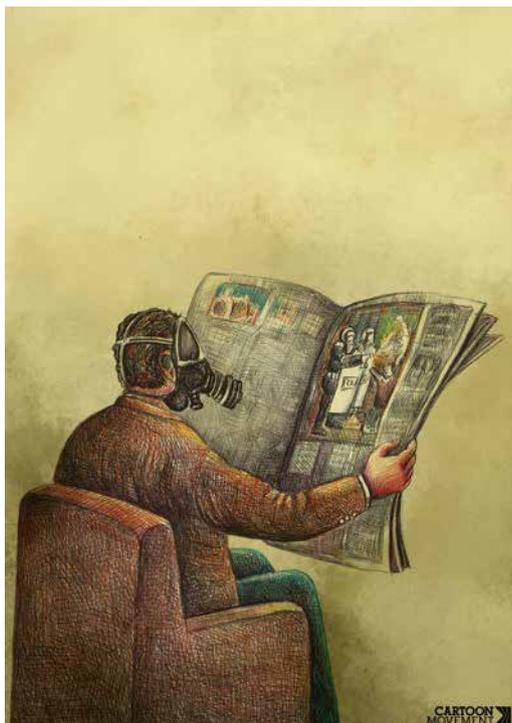
d) contribuir na elaboração e divulgação de notas;

e) realizar levantamento das pesquisadoras e pesquisadores que atuam no campo saúde da população negra.

*\*Luís Eduardo Batista é pesquisador do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde e coordenador do GT Racismo e Saúde da Abrasco*

## VIOLÊNCIA ENQUANTO FENÔMENO BIOPSIKOSSOCIAL

POR JOSÉ FERDINANDO RAMOS FERREIRA\*



**IMPORTA AO GTVS  
ESTABELECEM RELAÇÕES  
COM DISTINTAS ÁREAS  
DO CONHECIMENTO,  
EM ESPECIAL AO QUE  
ENVOLVE POLÍTICAS  
SOCIAIS E POLÍTICAS  
PÚBLICAS**

O Grupo Temático Violência e Saúde - GTVS está sendo constituído para aplicar princípios de protagonismo e de atores sociais colaborando para a construção de uma cultura e sociabilidade civilizada e saudável. As atividades incluem discussões de temas sobre distintas formas de violência para a sociedade civil e implantação de projetos que visem a cooperação com as instituições que trabalham com temas interdisciplinares e transversais, criando sinergia entre as iniciativas.

O GTVS vai tratar do fenômeno da violência enquanto um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico e em sociedade, classificado por violência estrutural e complexa, de resistência e de delinquência, cujas causas estão relacionadas a desigualdades sociais e se referem ao modelo de projeto de Estado sustentado por programas de governo na adoção de políticas sociais básicas, bem como às contradições sociais políticas e econômicas no espaço urbano e no campo. Portanto, a violência pode se concentrar geograficamente em áreas de “desvantagens concentradas”, onde há correlação entre indicadores econômicos e sociais aos de má saúde.

Estas características impactam sobre a saúde e são identificadas por (i) elevadas e crescentes taxas de violência nos últimos 25 anos, (ii) diferenciações entre os municípios brasileiros, (iii) dispersão espacial dos acidentes de trânsito e de transporte, (iv) taxas baixas, mas crescimento de suicídios de idosos, (v) concentração por gênero, idade e local de moradia, (vi) concentração das mortes por meio de armas de fogo e também (vii) enfrentamento superficial de problemas atribuídos às “minorias” (negros, índios, homossexuais).

A despeito de uma quantidade variável de fatores que contribuem para o aumento da violência, a seu modo o controle social formal (políticas de direitos humanos, pelo judiciário, pelas polícias, pelo sistema da justiça criminal) orienta-se para a reabilitação e ressocialização dos infratores, mas ainda carecem de articulação com as demais políticas públicas, respeitadas enquanto atividade-fim do Estado, para que se produzam quadros de saúde, bem estar e de segurança pública cada vez mais articulados e com informações que servem, para a prevenção e o controle da violência.

## O GTVS FARÁ ARTICULAÇÃO E PEDIRÁ APOIO DE ORGANIZAÇÕES COMPROMETIDAS NO DEBATE E AÇÕES CONTRA O AUMENTO DA VIOLÊNCIA, HOMICÍDIO E MANIFESTAÇÕES DE SOCIABILIDADE VIOLENTA

Neste sentido, importa ao GTVS estabelecer relações com distintas áreas do conhecimento, em especial ao que envolve políticas sociais (saúde, assistência social, educação, trabalho e seguridade) e políticas públicas (habitação e segurança pública).

Teremos como finalidade trabalhar em equipe interdisciplinar constituída por áreas de saúde, educação, ciências sociais e ciências sociais aplicadas (economia e administração/gestão pública), visando funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços públicos, atendendo demandas de políticas sociais (saúde, assistência social, educação, trabalho e seguridade) e políticas públicas (habitação e segurança pública).

Os membros deste GT terão como metodologia de trabalho a atuação em caráter interdisciplinar, agrupando questionamentos frequentes em subtemas (violência policial, confrontos com movimentos sociais, dependência química, exploração de trabalho infantil, violência contra a mulher, negros e homofobia, violência contra indígenas e população de rua). Também está previsto pelo GTVS a busca por apoio e aporte financeiro nos órgãos públicos sobre violência, e de fomento à pesquisa.

O GTVS fará articulação e pedirá apoio de organizações comprometidas no debate e ações contra o aumento da violência, homicídio e manifestações de sociabilidade violenta. Neste debate destacam-se a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), Fórum Brasileiro de Segurança Pública, diversos Núcleos de Estudos da Violência sediados em Universidades, Centros de Defesa de Direitos Humanos e o amplo Movimento Social presente nas relações de deterioração das relações sociais; organismos públicos nacionais como o Sistema Único de Saúde - SUS e supranacionais como a ONU e Médicos Sem Fronteiras.



O GTVS pretende estar presente nas distintas esferas de produção material e do conhecimento relacionadas à sua natureza, através de oficinas, seminários, congressos e publicações.

Dentre os temas gerais e interdisciplinares estão as Políticas Sociais (saúde, assistência social, educação, trabalho e seguridade) e ainda as Políticas Públicas (habitação e segurança pública).

Nossos temas específicos serão:

- Homicídios;
- Suicídios;
- Feminicídio;
- Violência por armas de fogo e armas brancas;
- Dependência Química e drogadição;
- Violência Doméstica Contra a Criança e Adolescente;
- Violência Contra a Mulher;
- Violência na Saúde Mental;
- Demografia;
- Economia das Drogas, e
- Dispersão espacial dos acidentes de trânsito e de transporte.

*\*José Ferdinando Ramos Ferreira é pesquisador do Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e coordenador do Grupo Temático Violência e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.*

## ACESSIBILIDADE: ELEMENTO CHAVE PARA INCLUSÃO SOCIAL

POR ÉVERTON LUÍS PEREIRA

A proposta de criação do Grupo Temático Deficiência e Acessibilidade surgiu de pesquisadores (as) reunidos no 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado entre os dias 09 e 12 de outubro de 2016, na cidade de Cuiabá, no Mato Grosso.

O GT quer inaugurar um espaço de diálogo e de articulação entre diferentes pesquisadores (as) no e do campo da Saúde Coletiva que estão trabalhando com a temática da deficiência, na perspectiva da inclusão, da acessibilidade e das políticas sociais. O GT apresenta assim uma possibilidade de abertura de diálogo interdisciplinar, interprofissional e interinstitucional para impulsionar e aprimorar pesquisas e ações nesta temática.

Consideramos que a Saúde Coletiva, como um campo interdisciplinar de saberes e práticas, é um espaço privilegiado para a produção do conhecimento e para atuação política com vistas a consolidar os Direitos Humanos. As pessoas com deficiência têm direitos garantidos constitucionalmente, por meio da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (Decreto n. 6.949/2009) e da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei n. 13.146/2015).

Entretanto, ainda existem inúmeros desafios a serem superados para a consolidação do disposto nos normativos, especialmente em termos de acessibilidade e da atenção integral à saúde. A discussão neste sentido pode contribuir para a inclusão social das pessoas com deficiência nos diferentes âmbitos da sociedade.

A Abrasco, assim, apresenta características importantes, entre elas, destacamos o caráter interdisciplinar e interprofissional de suas discussões e seus associados; a sua importância política no cenário nacional e internacional; e a produção do conhecimento e da congregação de pesquisadores (as) em seus espaços de troca.

**Acessibilidade é um dos princípios propostos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e elemento chave para a inclusão social**





A criação de um GT sobre Deficiência poderá auxiliar na consolidação dos direitos sobre este segmento populacional, bem como na ampliação e fortalecimento de políticas públicas em nível nacional. Além disso, poderia ser um espaço de troca entre pesquisadores (as) interessados no tema dentro do campo da saúde coletiva e na sua interface com outros campos do conhecimento.

Destacamos também a potencialidade do GT em poder contribuir para a difusão de informações e conhecimentos sobre saúde, acessibilidade e deficiência para os (as) associados (as) (pesquisadores (as), departamentos, institutos de pesquisa e programas de pós-graduação).

Para este GT, acessibilidade foi definida como a possibilidade de acesso para todas (os). Para se ter acessibilidade deste ponto de vista, é necessário eliminar qualquer barreira, seja ela arquitetônica, comunicacional, informacional, metodológica, pedagógica ou instrumental.

A questão da acessibilidade se faz importante especialmente no contexto das pessoas com deficiência: é somente por meio da utilização do meio físico, dos meios de comunicação e dos produtos e serviços que estes sujeitos poderão transformar suas realidades sociais. Acessibilidade é um dos princípios propostos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e elemento chave para a inclusão social.

Destacamos como objetivos do GT Deficiência e Acessibilidade o auxílio na formulação de estratégias de acessibilidade nos eventos e nas instituições associadas da Abrasco. Pretendemos ainda fomentar e sistematizar pesquisas e reflexões sobre deficiência, acesso à saúde e integralidade, no âmbito das políticas sociais e das práticas de cuidado à saúde; atuar em espaços colegiados na garantia e na defesa dos direitos das pessoas com deficiência e no aprimoramento da acessibilidade nos espaços coletivos; e divulgar e consolidar o “modelo social da deficiência” no campo da Saúde Coletiva.

*\*Éverton Luís Pereira é professor no departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e coordenador do GT Deficiência e Acessibilidade da Abrasco.*

Pretendemos fomentar e sistematizar pesquisas e reflexões sobre deficiência, acesso à saúde e integralidade, no âmbito das políticas sociais e das práticas de cuidado à saúde e ainda divulgar e consolidar o “modelo social da deficiência” no campo da Saúde Coletiva

## APONTAMENTOS DO GRUPO TEMÁTICO VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SEUS DESAFIOS

POR GISÉLIA SANTANA SOUZA, DANIELLA GUIMARÃES, BÁRBARA GOULART E CRISTINA MARQUES\*

O Grupo Temático Vigilância Sanitária - GTVisa foi criado em 2001 por um coletivo de professores, pesquisadores e profissionais com atuação nos diversos níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Até então eram poucos os estudos acadêmicos que tinham a vigilância sanitária como objeto de estudo e de pesquisa, apesar de se constituir o campo mais antigo e específico da Saúde Pública.

Compreendia-se o GTVisa/Abrasco como a possibilidade de constituição de um espaço de articulação, potencialização e estímulo à produção e disseminação do conhecimento em vigilância sanitária, uma área ainda considerada muito relegada e marginal no conjunto da Saúde Coletiva. Nesta época também se constata a necessidade de estudos e pesquisas que pudessem contribuir para o seu desenvolvimento teórico e conceitual, a organização de suas práticas e dos seus processos de trabalho visando ao controle dos riscos sanitários.



Ao buscar regular bens e serviços que portam riscos à saúde,  
a vigilância sanitária coloca limites às atividades econômicas,  
contraria expectativas e provoca a ira dos setores que almejam  
a maximização dos lucros e pretendem a flexibilização dos  
controles impostos pela regulação do Estado

O GTVisa empreendeu a realização de sete Simpósios Brasileiros de Vigilância Sanitária, com ampla representatividade, e firmaram-se como espaços de estímulo à produção científica, troca de experiências e reflexão crítica sobre o “pensar” e o “agir” em vigilância sanitária, obtendo o merecido reconhecimento de sua importância pelos pesquisadores, docentes, estudantes e trabalhadores da saúde coletiva.

À luz do atual momento de retrocesso que vive o Brasil, especialmente quanto ao desmonte do SUS e das políticas sociais, é necessário atender ao chamado dos diversos movimentos sociais e democráticos do país, no sentido de buscar radicalizar na luta em defesa do SUS público, universal, integral e de qualidade e do seu subsistema de vigilância sanitária. O aparato da vigilância sanitária e sua organização sistêmica, porquanto sua ação eminentemente estatal, será atingido diretamente pelo desmonte provocado pelas medidas de ajuste fiscal ultraliberal, centradas nas privatizações, na desregulação dos mercados, na flexibilização radical das relações de trabalho e da terceirização irrestrita.

Ao buscar regular bens e serviços que portam riscos à saúde, a vigilância sanitária coloca limites às atividades econômicas, contraria expectativas e provoca a ira dos setores que almejam a maximização dos lucros e pretendem a flexibilização dos controles impostos pela regulação do Estado, nesse contexto regressivo o aparato institucional da vigilância sanitária vê o seu locus de atuação ser invadido por conflitos de interesses para atender aos “anseios” do Mercado. A sanha neoliberal preconiza o Estado mínimo e uma Vigilância Sanitária mínima em seu braço regulador é suficiente, preferencialmente, colonizada em seus espaços decisórios, pelos detentores do poder político-econômico.

Em setembro 2014, na cidade de Vitória, no Espírito Santo, o GTVisa/Abrasco aprovou um texto de referência para nortear a sua atuação. O referencial construído pelos membros do GT atende à visão de um processo de enfrentamento permanente dos antigos e novos desafios que se sobrepõem ao longo do tempo e que precisam ser identificados, caracterizados nos diversos espaços e contextos, seja do ponto de vista acadêmico, bem como político e social, visando o adequado enfrentamento para fortalecimento da área.

### MARCO REFERENCIAL PARA O TRABALHO DO GTVISA/ABRASCO

I- A transformação da ciência em tecnologia talvez seja um dos elementos mais característicos da modernidade ocidental. A emergência do pensamento racional, da experimentação científica foi gradativamente substituindo o pensamento mítico-religioso, enquanto referencial estabilizador das sociedades. O critério principal da verdade passou a ser passível de aferição, de medição. A tecnologia, por sua vez, trouxe a industrialização, que transformou espetacularmente a vida social. Junto com ela vieram a produção em grande escala, a migração rural-urbana, os danos ao meio ambiente, as doenças e os acidentes do trabalho. No outro lado da moeda, o estado moderno se consolidava, com a tripartição de poderes, a democracia representativa e o reconhecimento dos direitos civis e sociais, entre outros elementos políticos da nova era.

Um formidável conjunto de novos problemas ou perigos para a saúde foi sendo identificado nesse processo de modernização. Os órgãos de vigilância sanitária, em seus mais diversos formatos, foram sendo estruturados em quase todos os países do mundo na busca de se evitar ou diminuir a ocorrência de doenças ou outros agravos à saúde e mortes decorrentes do uso ou consumo de produtos como medicamentos e alimentos, dentre outros, e de serviços de saúde, como hemoterapia e radiodiagnóstico. Uma vez



que o transporte de pessoas e mercadorias também transportava vetores de doenças, os portos, aeroportos e pontos de fronteira também foram objeto de sua ação. Muitos tipos de serviços não relacionados diretamente com a saúde foram também gradativamente colocados sob normas sanitárias.

Atualmente, na chamada era pós-industrial, os desafios para a ação da vigilância sanitária se multiplicaram e tornaram-se mais complexos. O aumento vertiginoso das trocas comerciais e da circulação de pessoas; o deslocamento da produção para regiões antes não produtoras, em busca de custos menores e ambientes regulatórios mais favoráveis; o incessante avanço científico e tecnológico que traz inovações, que precisam de avaliação cada vez mais criteriosa e complexa; a destruição de culturas alimentares tradicionais em favor do consumo de alimentos processados e a formação de novos hábitos; a tentativa de construção de uma governança global via instituições multilaterais e acordos de comércio, entre muitos outros fatores, trazem desafios novos e reafirmam os antigos.

A crescente-se a este panorama, o componente político. A descrença nas instituições, a insuficiência comprovada da democracia representativa, atestada pelo desvelamento da corrupção em escala global, especialmente em países da União Europeia, os protestos e a inconformidade com a ação estatal que não supre as necessidades da maioria da população deságuam na desqualificação do agir político.

II- Fundada na racionalidade científica e indissolúvelmente vinculada à identificação e avaliação de riscos à saúde, a vigilância sanitária se depara, atualmente, com uma paradoxal dificuldade. Por um lado, uma cultura de glorificação da ciência e da tecnologia, que traz consigo uma difusão, tanto exaustiva quanto inadequada, de que é possível eliminar qualquer probabilidade de ocorrência de algo não desejável; ou de que é possível fazer escolhas sempre racionais para evitar riscos de adoecimentos e buscar uma vida mais saudável. Por outro, uma cultura de banalização do risco; de que os perigos involucrados nos produtos e serviços que usufruímos não são assim tão perigosos, pois são, afinal, frutos do conhecimento científico e são amplamente disseminados;

(...) nesse contexto regressivo o aparato institucional da vigilância sanitária vê o seu locus de atuação ser invadido por conflitos de interesses para atender aos “anseios” do Mercado

ou, ainda, de que a probabilidade de que aconteça alguma coisa conosco é nula, pois ela é muito maior para os outros; ou, ainda, de que o conhecimento científico sempre haverá de resolver os problemas criados pelos homens.

Por detrás destas visões a mesma crença ilimitada nas instituições construídas pela modernidade - na democracia representativa, no direito positivo, na justiça igualitária, na administração racional-legal, mas, em especial, na capacidade do conhecimento científico. É nele que se depositam as esperanças ou, melhor, certezas, de que podemos perfeitamente anteciper eventos futuros e, assim, prevenir os perigos que, porventura, estão lá, reservados a nos importunar.

Imersa nesta sociedade cognominada do risco, a vigilância sanitária planeja, na medida do possível, e realiza uma política regulatória para conhecer, avaliar e gerenciar os riscos à saúde provenientes de uma grande quantidade de produtos e serviços. Usa, para isso, o conhecimento científico disponível, o qual se sabe é historicamente produzido e utilizado em contextos de poder.

Sem uma noção mais qualificada ou distinção da magnitude dos perigos, sua natureza, sua extensão, o número de suscetíveis e a probabilidade de causarem danos à saúde, a vigilância sanitária busca zelosamente eliminar ou controlar todos os fatores que este-

## É NECESSÁRIO ATENDER AO CHAMADO DOS DIVERSOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DEMOCRÁTICOS DO PAÍS, NO SENTIDO DE BUSCAR RADICALIZAR NA LUTA EM DEFESA DO SUS PÚBLICO, UNIVERSAL, INTEGRAL E DE QUALIDADE E DO SEU SUBSISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

jam ao alcance de sua competência por meio de normas sanitárias. O fervor dedicado à ciência se transfere para norma: tudo deve ser rigorosamente normatizado porque pode vir a ocasionar danos à saúde. Caso o perigo e o respectivo risco não sejam bem conhecidos, o rigor deve ser multiplicado.

Dessa prática decorrem os regulamentos que pouco eliminam a probabilidade de acontecer danos à saúde, mas que criam um insólito emaranhamento de exigências que provoca muitos problemas para os que empreendem e para a própria vigilância sanitária, que não dá conta de atender a demanda criada por ela mesma. Nesse contexto é muito difícil eleger prioridades.

Uma vez que os perigos são criados pela própria dinâmica da sociedade capitalista e que a probabilidade de que algo danoso à saúde aconteça é real, seria ideal que essa informação fosse disseminada e que todos soubessem, em algum grau, dos riscos a que estamos sujeitos. Isso significa que todos deveriam ter uma ideia da verdadeira natureza das coisas, da sua estrutura, do seu funcionamento. Esta tarefa deveria ser realizada pelo sistema de regulação sanitária, uma vez que ao setor produtivo não interessa tal transparência.

Entretanto, tal tarefa parece transcender qualquer capacidade institucional de órgãos de vigilância sanitária, mesmo em países desenvolvidos. Por sua parte, a vigilância sanitária não consegue trabalhar com a dimensão comunicativa da sua ação. Tem dificuldade em interagir com a população de forma que ela construa uma ideia mais científica e útil do risco; que ela desenvolva sua consciência sanitária e que acredite que os perigos existem incluídos nos produtos e nos serviços que

consome ou usufrui; que tenha em mente que ela deve sim se importar com eles, participar, cobrar, exigir maior segurança; saber distinguir, no seu dia a dia, os perigos de baixo risco, mas saber que existem aqueles que são cumulativos, cujos nexos causais são difíceis de conhecer, as consequências demoram mais a aparecer e, por isso, parece que não existem.

De outro lado, os porta-vozes do conhecimento científico na área da saúde, os que dispõem de espaço na mídia mais influente são incapazes de transmitir à sociedade a verdadeira natureza da ciência; seus limites metodológicos, a transitoriedade de suas verdades e sua relação com interesses de grandes corporações.

### O SUS E O SNVS

No cenário da política de saúde, é preciso apontar, ainda, a imensa tarefa de estruturar o SUS conforme seu desenho teórico e suas diretrizes de universalidade, de integralidade e de participação social; fazer acontecer uma realidade de ações e serviços de saúde de qualidade, segundo as necessidades do quadro de saúde da população.

Neste cenário, uma mudança de paradigma parece ser inescapável à vigilância sanitária; uma mudança que questione algumas crenças que hoje embasam sua teoria (se é que se pode dizer assim) e sua prática. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS precisa ser continuamente planejado, mas com fundamentos que questionem a efetividade do modelo atual e busquem novos referenciais e formas de agir. O SUS, e todo o seu contexto de necessidades, certamente é o referencial mais importante.

A Abrasco é um dos principais atores sociais no âmbito da saúde. O GTVisa como sua instância especializada, precisa ser suporte para uma ação social efetiva, baseada no conhecimento não apenas tecnológico, mas social, econômico e cultural. O GTVisa é parte da estrutura da Abrasco e agrega profissionais dessa área da saúde coletiva, tanto os que trabalham no meio acadêmico, como professores e pesquisadores, como aqueles que trabalham nos órgãos estatais, federais, estaduais ou municipais, encarregados de realizar as ações de vigilância sanitária no interior do SUS. Agrega, ainda, sanitaristas e profissionais que militam em outras instituições ou áreas, como o direito sanitário, por exemplo, interessados em estudar a vigilância sanitária.

Dentro do escopo de ação de um ator social como a Abrasco, quais diretrizes poderiam balizar os caminhos do GTVisa, enquanto agregador de pesquisadores e trabalhadores de vigilância sanitária na busca de um novo paradigma, teórico e prático, de ação? E, considerando nossos limites de recursos de toda ordem, quais prioridades e estratégias poderíamos adotar?

### DESAFIOS DO GTVISA PARA AÇÃO SOBRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Como ponto de partida pode-se apontar um elenco de desafios como contribuição à reflexão sobre a vigilância sanitária enquanto objeto de estudo e ação do GTVisa.

1) O desafio de formular uma política nacional de vigilância sanitária, enquanto um dos componentes - de promoção da saúde e de prevenção de danos -, da estruturação do SUS. Pesquisas recentes de opinião identificam a saúde como o setor mais reivindicado pela população. A demanda é por assistência à saúde, que por sua vez se realiza por meio de serviços de saúde. Entretanto, além de insuficientes, estes serviços têm qualidade questionadíssima. E sabe-se que a vigilância sanitária pode contribuir para melhorar esta situação. Neste contexto devemos realizar o debate sobre o que pode significar uma política de vigilância sanitária para o SUS; definir os serviços de saúde como uma das prioridades de ação da vigilância sanitária e pensar em como atuar de forma a melhorar sua qualidade; como considerar os indicadores de saúde de morbidade e de mortalidade como referenciais para a eleição de prioridades para a ação; refletir como a vigilância sanitária pode atuar sobre os principais problemas do SUS como a mortalidade materna, a resistência microbiana e as doenças crônicas.

2) O desafio do conhecimento sobre os principais riscos à saúde, no país, em cada região ou localidade e contextos. Pelos escassos recursos, é imperativo que a vigilância sanitária trabalhe com prioridades. Para isso, aproximar-se dos indicadores de morbidade e mortalidade; identificar, com base na experiência acumulada, os principais perigos existentes em cada região ou localidade. Debater e construir uma nova concepção de risco para a vigilância sanitária; uma concepção ad hoc, específica para as necessidades da vigilância, que ajude a pensar uma revisão dos instrumentos tradicionalmente utilizados - rever a adequação e a eficácia de cada um em relação aos objetos sob regulação sanitária. Debater o conceito de vigilância em saúde; esclarecer seus significados e usos e a posição da vigilância sanitária. Pautar o debate sobre como organizar a vigilância pós-mercado - tecno, hemo, fármaco -, nas estruturas das vigilâncias estaduais e municipais.

3) O desafio de enfrentar a desigualdade, de não tratar igualmente os desiguais; uma regulação que consiga diferenciar os riscos dos pequenos negócios daqueles das imensas corporações transnacionais. Os pequenos negócios são numerosíssimos; fornecem uma grande variedade de serviços e produtos e são os maiores empregadores do país. É imperativa uma aproximação com associações representativas dos pequenos produtores, e da produção artesanal, em resumo, com o imenso Brasil real.

4) O desafio da democracia: ampliar os mecanismos de participação efetiva da população, para além das consultas públicas, nas quais os segmentos populares têm pouca participação. Fomentar as audiências públicas e outras formas de participação direta, uma vez que a vigilância sanitária trabalha com produtos e serviços básicos para o cotidiano da população. Aproximar-se, sem ressalvas, dos movimentos populares. E trabalhar com os pequenos produtores de forma participativa e afirmativa.

5) O desafio de enfrentar a fragilidade institucional, de estruturar o SNVS; os fundamentos teóricos, a organização, a relação entre os entes federados, os recursos financeiros e humanos, o conhecimento e a aproximação às realidades locais. Pautar um grande debate sobre a coordenação do SNVS, o diálogo com a Anvisa, o Conass e o Conasems; propor uma reforma na coordenação do SNVS. Debater a formação de recursos humanos para a vigilância sanitária - os cursos de graduação em saúde coletiva; a inserção nas graduações da área de saúde; a formação de nível médio; as





metodologias e os modelos pedagógicos de formação - integração ensino-serviço; a organização de carreiras para a força de trabalho da vigilância sanitária nos estados e municípios. Pautar debates sobre a inserção da vigilância sanitária na regionalização e organização de redes de assistência. Avaliar a municipalização da vigilância sanitária vinte e quatro anos após a implantação desta política; debater o caso dos municípios pequenos e formas de reforço e proteção das vigilâncias nestas instâncias.

6) O desafio de consolidar a vigilância sanitária enquanto campo de pesquisa, disciplina acadêmica, produtora de conhecimento e a importância do Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - Simbravisa como espaço de reflexão e, sobretudo, de disseminação desse conhecimento. Identificar uma agenda de necessidades em pesquisas das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, tendo em vista que a formulação de propostas políticas precisa de pesquisas. A expansão e o fortalecimento da pós-graduação em vigilância sanitária junto à CAPES. Fomentar a realização e a publicação de estudos.

7) O desafio de estruturar a rede de laboratórios de saúde pública e sua inserção na teoria e prática da vigilância sanitária. Pautar melhor financiamento para a estruturação dos laboratórios; debater seu funcionamento em rede, com diferentes atribuições, conforme a distribuição dos riscos pelas diferentes regiões, a hierarquia e o grau de intensidade das tecnologias requeridas para as análises. Discutir as novas tecnologias e bases analíticas dos laboratórios.

8) O desafio da vigilância constante sobre os riscos à saúde inerentes a bens e serviços, contribuindo com a expertise para a Abrasco se posicionar em relação a temas que emergem como perigos à saúde coletiva, entre eles: i) medicamentos: uso racional, qualidade, segurança e eficácia; manipulação e propaganda; ii) agrotóxicos: resíduos em alimentos, contaminação ambiental e de trabalhadores; iii) alimentos: qualidade, rotulagem, propaganda dirigida a público infantil, política regulatória que valorize práticas alimentares e culinárias que preservem a cultura, a biodiversidade e a autonomia das diversas regiões do Brasil; iv) novos materiais, substâncias e tecnologias: avaliação dos riscos.

9) O desafio da abordagem intersetorial e dos métodos transdisciplinares; reforçar a aproximação com outras disciplinas, com os outros GTs da Abrasco e com todas as instituições que tenham interface com a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Debater abordagens regulatórias com métodos transdisciplinares para formas produtivas não industrializadas/artesanais, relacionadas com nossas características socioculturais - conhecimentos tradicionais, alimentos típicos, remédios tradicionais.

10) O desafio da inserção da vigilância sanitária junto à Abrasco. Buscar a aproximação com as teses da Abrasco sobre a reforma sanitária e pautar o debate sobre o papel da vigilância sanitária nestas teses. Pensar em como melhorar a participação do GTVisa em eventos de outros GTs e eventos científicos da área da saúde. Identificar, como tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, a necessidade da formulação de uma política nacional de vigilância sanitária, que discuta o papel da vigilância sanitária na melhoria da qualidade dos serviços de saúde hoje prestados no país, a responsabilidade do SNVS nas ações de promoção e prevenção e na consolidação do SUS.

Este conjunto de desafios tem servido para que o GTVisa/Abrasco mantenha seu planejamento coerente com as necessidades então identificadas, contribuindo para estimular a realização de estudos e pesquisas, a disseminação de conhecimento e o seu compartilhamento com os serviços da vigilância sanitária, campo de pesquisa aplicada da Saúde Coletiva.

\* Gisélia Santana Souza é Professora Associada da Universidade Federal da Bahia Daniella Guimarães, Editora Executiva da Revista *Visa em Debate*, INCQS/FIOCRUZ.

Bárbara Goulart é Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cristina Marques é Professora da Faculdade de Saúde Pública - USP.

Todas são coordenadoras do GT Vigilância Sanitária da Abrasco.







