

O AMBIENTE CONSTRUÍDO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

REIS, Inês N. C. – FIOCRUZ / ENSP / CSEGSF – inesreis@ensp.fiocruz.br

GT: Educação e Comunicação / n.15

Agência Financiadora: Sem Financiamento

Introdução

O presente trabalho apresentará aspectos conceituais sobre a promoção da saúde, que valoriza a educação, incluindo o exercício da cidadania, e a comunicação como estratégica. Apontará abordagens sobre o ambiente construído como um meio de comunicação para educação, em especial, no tocante a espaços coletivos, destacando a sala de espera na Atenção Básica de Saúde. Este é um lugar ainda sub utilizado, considerando que circulam milhares de brasileiros carentes de informação e que ficam horas ociosos aguardando um atendimento.

Aspectos conceituais

Historicamente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou um amplo conceito, políticas e estratégia no processo de promoção da saúde, prevenção e cura de doença, refletindo na Constituição Brasileira (Brasil, 1988) e demais regulamentações. Como um dos resultados, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006. Verifica-se que esta já fazia parte das políticas brasileiras, sem levar esta nomenclatura.

O primeiro grande marco conceitual da promoção da saúde foi o Informe Lalonde, de 1974, apesar do termo ter sido utilizado pela primeira vez, em 1946, por Singerist. Para a temática em questão, destaca-se dois momentos internacionais:

- A Carta de Ottawa, datada de 1986, que incluiu os aspectos educativos no âmbito sócio-econômico-político-psicocultural aos determinantes de saúde, a criação de ambientes favoráveis e a valorização da comunicação.
- A Declaração de Sundsvall, de 1991, que responsabilizou a todos pela criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, frisando a educação neste contexto.

Os autores deste trabalho acreditam que é fundamental os profissionais estarem atentos para a expressão do ambiente construído a partir do contexto citado anteriormente. *O meio ambiente construído constitui um patrimônio que não se pode deixar de levar em conta, já que tem um papel na localização dos eventos atuais*, como analisa Milton Santos (1999). O autor define que o lugar *oferece ao movimento do mundo a possibilidade de sua realização mais eficaz*. Cabe destacar que Castells (2002) faz análises semelhantes às de Santos, onde a *cidade informacional*, não é uma forma, mas um processo, caracterizado pela dominação estrutural dos espaços de fluxos, cuja base de expressão é a desigualdade social e as sociedades locais, fazendo parte de uma rede global de informações.

A evolução multidisciplinaridade do ambiente construído é notada quando arquitetos, como Cristiane Rose Duarte, afirmam que (...) *o homem é capaz de interagir com o ambiente construído, usar o espaço como forma de linguagem e manipulá-lo em um constante processo de construção de sua identidade. O espaço individual pode se realizar no contato como o espaço coletivo e o coletivo se realizar na transformação e na síntese do individual*. (Del Rio et al, 2002). Neste sentido, o profissional deve ter clareza de que o ambiente construído também pode ser uma estratégia de comunicação e educação conscientizadora e/ou manipuladora.

Portanto, é possível considerar que o espaço é um meio e um fim para ampliar o acesso a informações e às possibilidades de comunicação e compreensão dos problemas de saúde individuais e coletivos, além das possibilidades de lidar com os mesmos para os superar. Segundo Silva e Bordin (2003), uma nova técnica de poder cria e fortalece as redes, interferindo nas decisões e papel social do indivíduo, e podendo contribuir para a construção de estilos de vida. *São processos comunicacionais que em um momento, um instante, uma imagem, uma palavra, tomam um sentido que altera nossa consciência de algo ou do outro*. No campo da saúde, as práticas contemporâneas de comunicação devem priorizar a relação com a população em uma perspectiva de educação popular ou de democratização, como destacado por Janine M. Cardoso, na citada obra. Deve-se incluir a participação dos educadores de saúde neste processo, que para Pitta (1995), são os mediadores entre os meios de comunicação e o indivíduo.

Pesquisas confirmam o ambiente construído como estratégia de comunicação e de educação em saúde

O espaço coletivo é qualquer ambiente construído que pode ser utilizado pela coletividade e, como tal, é um meio e um fim de educação e comunicação. Logo, é fundamental valorizar a participação do usuário não só no planejamento, mas também na implementação e avaliação dos projetos, respondendo às necessidades e expectativas reais, produzindo elos com o ambiente construído, uma sensação de propriedade, favorecendo sua manutenção e refletindo no desempenho dos usuários, como apontou Graham Adams (in Del Rio et al, 2002). Por isto, há dez anos faz-se pesquisa com aplicação de questionários para obter a opinião de usuários e profissionais de um Centro de Saúde; além de dinâmicas de grupo e interpretação de desenhos feitos por usuários; e observação participante. Para analisar a opinião dos pesquisados e propor projetos de requalificação do lugar, criou-se um grupo de trabalho multidisciplinar (Serviço Social, Administração, Comunicação, Medicina, Ergonomia, Arquitetura e Paisagismo, inclusive docentes) que retornava com propostas para novas construções com a população e profissionais de saúde.

O espaço coletivo da saúde é o que tem maior circulação e tempo de permanência de muitos cidadãos. Usuários chegaram a esperar até seis horas por um atendimento no espaço coletivo. Confirmou-se, com base em Weil e Tompakom (1982) e Capra (1982), que a espera é um *momento de adoecimento*, gerando cansaço e irritabilidade. Isto pode ser alterado, se não houver espera ou, se havendo, forem oferecidas atividades educativas que utilizem técnicas de entretenimento. A sala de espera é um local fértil para promoção da saúde, para troca de aprendizado não só da população, mas também dos profissionais envolvidos.

O espaço coletivo é entendido pelos autores como um espaço democrático de comunicação para educação. Uma das experiências foi sobre a comunicação verbal e gestual entre profissionais e usuários com o objetivo de educação popular. Verificou-se que palestras e debates não garantiram o processo de ensino-aprendizagem, existente no diálogo (Freire, 2000). Em 1999, o trabalho evoluiu para a realização de dinâmicas de grupo que partiam de situações concretas. Utilizou-se a sala de espera/espaço coletivo

de maneira mais criativa, favorecendo a ida ao Centro de Saúde também para outras ações, além do atendimento convencional, com o objetivo de promoção da saúde, *empoderamento* e humanização do atendimento, a baixo custo operacional. Foram avaliadas 50 atividades, predominando as que eram muito boas (38%) e boas (35%) no tocante a troca de experiências, próximo a proposta de Freire (1982). As consideradas regulares (27%) tinham em comum exigirem maior concentração para os participantes adultos ou o fato de sujarem suas mãos ou se afastarem um pouco do local de chamada para o atendimento, o que não ocorreu com as crianças.

Observou-se que, quando as paredes estavam descascadas, os murais não eram atualizados e haviam papéis colados nas paredes com diversos tipos de informações, nesta época as cadeiras eram riscadas e, por vezes, havia lixo no chão, apesar da presença de lixeiras vazias.

O processo educativo proporcionou uma discussão multidisciplinar entre os trabalhadores e usuários. A estratégia de implantação de um grupo composto por profissionais de várias instâncias de poder, associada a mobilização dos diferentes atores sociais e divulgação de resultados quali-quantitativos foram fundamentais para a instituição incorporar o projeto de obras proposto (contém manutenção da área aberta com sombra das árvores; colocação de brinquedos como amarelinha e caracol no chão (uma solicitação das crianças); construção de uma arquibancada e espaço para teatro popular e debates; e criação de uma fonte de água (uma solicitação dos usuários). Comprova-se, com a conclusão da obra no primeiro semestre de 2007 que é possível superar os limites institucionais em prol da educação, da democratização e do cumprimento de políticas públicas.

Conclusão

Capra (1982) analisa que pesquisas sociais e ambientais não são tão valorizadas porque contribuem para a melhoria da saúde do indivíduo, o que não interessa à “indústria da saúde”. Isto é confirmado por Costi (2002), quando cita que a luz, cor, temperatura, acústica, ergonomia e distração do usuário interferem no sentimento com relação ao tempo de espera, interferem na fisiologia, psicologia e bem estar.

Uma construção compartilhada a partir do diálogo construído no cotidiano, promovendo a comunicação democrática e contextualizada, melhora a auto estima, valoriza a cultura, a mudança social, o *empoderamento* (Peruzzo, 1999). O ambiente construído é estratégico para educação e uma expressão da comunicação. Logo, acredita-se que, no mínimo, é uma atitude ingênua restringir o problema do ambiente construído apenas aos arquitetos, o desenvolvimento exige uma abordagem interdisciplinaridade, tanto na prática, quanto na base teórico-conceitual, quanto na formação de equipes, além de contar com o usuário (Del Rio et al, 2002; Rheingantz, 2000).

Estudos tem demonstrado a sub-utilização da análise do ambiente construído como um meio de educação e comunicação em saúde. Mas, é notória a interferência deste espaço na saúde do cidadão que tem que ficar aguardando um atendimento. O espaço coletivo deve ter uma abordagem multidisciplinar (educação, comunicação, serviço social, arquitetura, médicos e outros), buscando ser um meio de comunicação transformadora, como um espaço de educação para saúde.

Referências bibliográficas

- Araújo I 2001. A reconversão do olhar. Unisinos, Rio Grande do Sul.
- Brasil 1988. Nova constituição brasileira. Sistema Jornal do Brasil, Rio de Janeiro.
- Capra F 1982. O ponto de mutação. Cultrix, São Paulo.
- Castells M 2002. Susser I (ed.). The Castells reader on cities and social theory. Blackwell Publishers, USA.
- Costi M 2002. A influência da luz e da cor em corredores e salas de espera hospitalares. Edipucrs, Porto Alegre.
- Del Rio V, Duarte CR & Rheingantz PA (org.) 2002. Projeto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo. Contra Capa, Rio de Janeiro.
- Freire P, 1982. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire P, 2000. *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Peruzzo CMR 1999. Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania. 2ª ed. Vozes, Rio de Janeiro.
- Pitta AMR 1995. Comunicação e saúde: visibilidades e silêncios. Abrasco/Hucitec, Rio de Janeiro.

Reis INC 2002. Promoção da saúde na sala de espera de um centro de saúde. Debates sociais (61): 129-144.

Reis INC et al. 2003. Implantação dos padrões de qualidade de atendimento como estratégia de controle Social, p.581. In VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva 8.

Reis INC et al. 2006. O acesso a informações e a participação popular na implantação da Política Nacional de Humanização. In VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva 9.

Rheingantz PA 2000. Aplicação do modelo de análise hierárquica Coppetec-Cosenza na avaliação de desempenho de edifícios de escritório. Teses de doutorado. UFRJ/Coppe, Rio de Janeiro.

Santos M 1999. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 3ª ed. Hucitec, São Paulo.

Silva JO & Bordin R (org.) 2003. Máquinas de sentido: processos comunicacionais em saúde. Dacasa, Porto Alegre.

Weil P & Tompakow R 1982. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 13ª ed. Vozes, Rio de Janeiro.