



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Tecnologia e Ciências

Escola Superior de Desenho Industrial

Camille Costa Moraes

**“Nutrir com”:  
uma experiência degustativa sobre Design & Saúde**

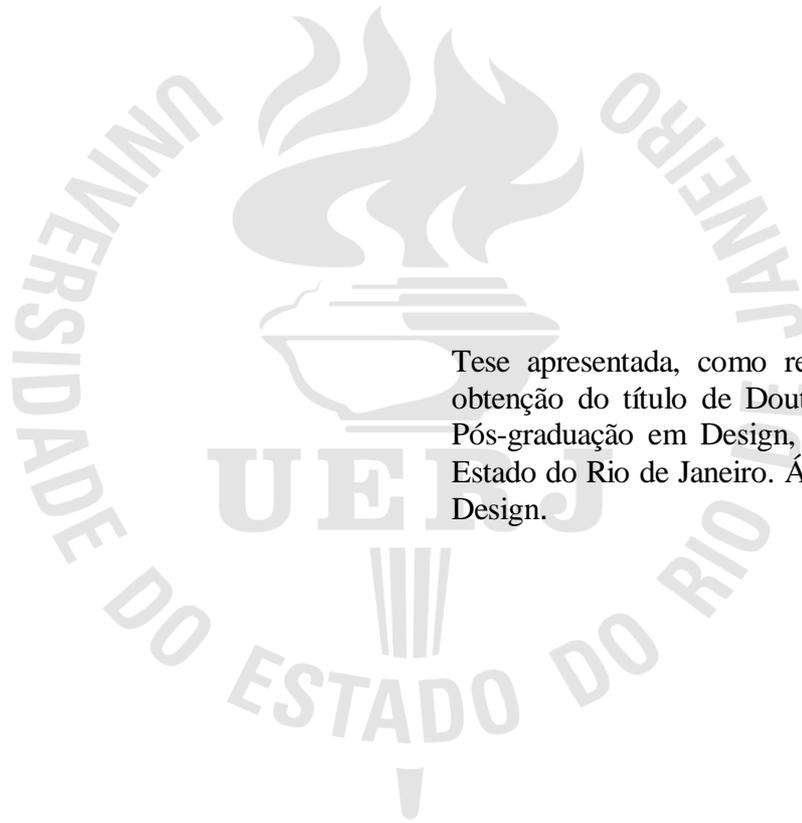
Rio de Janeiro

2021

Camille Costa Moraes

**“Nutrir com”:**

**uma experiência degustativa sobre Design & Saúde**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Design, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Design.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Barbara Peccei Szaniecki

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Talita Tibola

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CTC/G

M827

Moraes, Camille Costa.

“Nutrir com” : uma experiência degustativa sobre Design & Saúde /  
Camille Costa Moraes. - 2021.

200 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Barbara Peccei Szaniecki.

Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Escola  
Superior de Desenho Industrial.

1. Design e saúde - Teses. 2. Design participativo - Teses. 3. Sistema  
Único de Saúde - Teses. 4. Promoção da saúde - Teses. I. Szaniecki, Barbara  
Peccei. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Escola Superior de  
Desenho Industrial. III. Título.

CDU 7.05+614

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra CRB7/6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Camille Costa Moraes

**“Nutrir com”:  
uma experiência degustativa sobre Design & Saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Design, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Design.

Aprovada em 05 de abril de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Barbara Peccei Szaniecki (Orientadora)  
Escola Superior de Desenho Industrial – UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Talita Tibola  
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Bianca Maria Rego Martins  
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

---

Prof. Dr. Ricardo Artur Pereira Carvalho  
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Chiara del Gaudio  
Escola Superior de Desenho Industrial - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Esther Cristina Machado Ruas  
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2021

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às mulheres do bairro da Penha, Rio de Janeiro.

## AGRADECIMENTOS

A defesa desta tese ocorre em um momento emblemático. Em 2016, durante o processo seletivo para o Programa de Pós-Graduação em Design da ESDI, jamais imaginaríamos que, em 2021, a defesa aconteceria em nossas casas, virtualmente, devido ao enfrentamento de uma grave pandemia. Por esse motivo, o primeiro agradecimento vai a Deus, à Gaia, à Pacha Mama, ou mesmo ao universo pela oportunidade de concluir este trabalho com saúde física e mental, passando, na medida do possível, ilesa pela ameaça do coronavírus.

Agradeço a meus pais, Fred e Diva, por todo o carinho e companheirismo durante o percurso. Sempre presentes, sempre acolhedores, apoiando e me acompanhando em momentos importantes vividos durante o percurso acadêmico.

Escrever uma tese não é uma tarefa das mais fáceis. Exige compromisso, entrega e, por inúmeras vezes, ausências. São cerca de quatro anos de trabalho e, neste período, como a vida se transforma! Laços são desfeitos, assim como novos laços também são feitos. Agradeço aos amigos que entenderam minhas faltas, que me ouviram reclamar e que também me ouviram falar com amor sobre este trabalho. Agradeço a escuta nos momentos em que a vida não foi tão legal e, mesmo assim, foi preciso seguir em frente. Gratidão especial à Karoline Brandão, com quem firmei um grande laço de amizade, nos dois últimos anos do doutorado, me ajudando a dar leveza aos momentos mais críticos; às minhas companheiras de trabalho Cristina Portella, Larissa Arverbug, Lícia Mattos, Núbia Roma e Mariana Caser pelos ouvidos, trocas, abraços, sorrisos e enxugadas de lágrima.

Desafio é também escrever uma tese e trabalhar 40 horas semanais, desse modo, não é possível deixar de agradecer aos “empacotamigos”, meus parceiros de Fundação Cecierj, que tornam meus dias mais leves, me permitindo trabalhar em um ambiente de amizade e descontração. Agradeço a Ulisses Schnaider, Bianca Giacomelli e Fabio Rapello que, enquanto chefia, foram essenciais para que eu pudesse cursar as disciplinas e desenvolver o trabalho de campo.

Gratidão ao Arranjo Local da Penha, em especial Ana Santos, Diego Costa, Mariana Portilho e Pedro Biz que me acolheram para desenvolver o trabalho de campo, formando uma rede parceira e complementar a este trabalho. Agradeço a Cintia Moura, nutricionista, que me mostrou como o serviço público pode ser feito com amor, criando uma relação de parceria entre profissionais e pacientes.

Agradeço às mulheres da Roda de Alimentação e Saúde, Daura, Evelin, Gerci, Glória Jurema, Luciana, Neusa, Sarah e Tatiane pela confiança, acolhimento e pelas lições de amor gentilmente oferecidas em nossos encontros, fazendo-nos perceber o “amor” como fator

fundamental para o design participativo em um mundo de tamanha complexidade.

Gratidão também à Elizabeth Bittencourt, vice-diretora da Policlínica Piquet Carneiro, bem como à equipe de Comunicação da instituição pela parceria que desenvolvemos, junto a ESDI, e que, sempre com carinho e simpatia, me mostraram que o design é bem-vindo também na média e alta complexidade do SUS, representando mais uma possibilidade de expandir o campo Design & Saúde.

Agradeço aos companheiros e companheiras de trincheiras “uerjianas”: minhas orientadoras Barbara Szaniecki e Talita Tibola, por aceitarem o desafio de me acompanhar; e aos membros do Laboratório de Design e Antropologia, sempre muito gentis com trocas, apoio e mostrando que um laboratório de pesquisa é também feito de companheirismo.

O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História”.

*Paulo Freire*

## RESUMO

MORAES, Camille. “*Nutrir com*”: uma experiência degustativa sobre Design & Saúde. 2021. 200 f. Tese (Doutorado em Design) – Escola Superior de Desenho Industrial, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Neste trabalho, buscamos investigar como o design pode contribuir para a melhoria da saúde no Brasil. Com base em autores como Donna Haraway, Arturo Escobar e Pablo Solón, propomos que a saúde é relacional. Nesse sentido, entendemos que, para criar caminhos para resolver ou, no mínimo, amenizar os problemas atuais, precisamos compreender as relações que a conformam, pautando-nos pelo pensamento tentacular. Ao longo do texto fazemos um histórico sobre a saúde no Brasil, desde as lutas que originaram o Sistema Único (SUS) de Saúde brasileiro, até a identificação do território como uma pista fundamental para compreender a os emaranhados da saúde. O SUS é a materialização da saúde enquanto direito social e tem a participação popular como uma das suas diretrizes. Dessa forma, “participar” torna-se palavra-chave, ou mesmo verbo-chave, quando queremos falar de práticas relacionadas à saúde brasileira. Contudo, a participação é prejudicada pelo o que seria o seu oposto, a marginalização, que, como o termo indica, coloca certos grupos da sociedade à margem tanto das tomadas de decisão, quanto no pleno gozo das políticas públicas. Tomando-se essa problemática para o campo do design, acreditamos que, por meio das ações participativas, seria possível criarmos e estimularmos novas formas de fazer com, contribuindo para a autonomia em saúde. Como um dos parceiros da rede denominada Arranjo Local da Penha (ALP), o trabalho de campo foi desenvolvido com um grupo de mulheres, pacientes do serviço de nutrição da Clínica da Família Dr. Felipe Cardoso, localizada no bairro da Penha, município do Rio de Janeiro. O ponto de partida foi a decisão, por parte da prefeitura, de demitir diversos profissionais da Clínicas da Família, incluindo a nutricionista parceira do (ALP). Assim, iniciamos nossos encontros com o desafio de manter o grupo unido e de buscar formas de resistências frente às problemáticas enfrentadas na região. Utilizando ferramentas como dispositivos de conversa, de Barbara Szaniewski e Zoy Anastassakis, e os provótipos, de Jared Donavan e Wendy Gunn, experimentamos uma produção material coletiva, por meio da qual observamos que fazer parte dos processos produtivos foi capaz de estimular autonomia e autoestima das mulheres. Além disso identificamos, para além das teorias, que a saúde é, na prática, simpoiética, inspirando-nos pelo termo “simpoiesis”, de Donna Haraway, através da percepção de que o afeto e o território são elementos que formam os tentáculos da saúde mental e ambiental. A parceria entre design, instituições de saúde, pacientes e movimentos sociais, nos faz refletir sobre o design como uma ferramenta capaz de “nutrir-com” novas relações e novos modos de vida frente a tempos turbulentos. Por fim, entendemos que o encontro entre o design e a saúde é necessariamente simpoiético, formando o campo *Design & Saúde*.

Palavras-chave: Design & Saúde. Participação. Simpoiesis. Autonomia. Território.

## ABSTRACT

MORAES, Camille. *“Nurturing with”*: a tasting experience about Design & Health. 2021. 200 f. Tese (Doutorado em Design) – Escola Superior de Desenho Industrial, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

In this work, we seek to investigate how design can contribute to improve the healthcare in Brazil. Based on authors such as Donna Haraway, Arturo Escobar and Pablo Solón, we propose that health is relational. In this sense, we understand that, to create ways to solve or, at least, to soften the current problems, we need to understand the relationships that conform it, guided by tentacular thinking. Throughout the text, we make a background about health in Brazil, from the struggles that originated the Brazilian Unified Health System (SUS), to the identification of the territory as a fundamental track to understand the entanglements of health. SUS is the materialization of health as a social right and has popular participation as one of its guidelines. Thus, "participate" becomes a key word, or even a key verb, when we want to talk about practices related to Brazilian health. However, participation is impaired by what would be its opposite, marginalization, which, as the term indicates, puts certain groups of society at the margin of both decision-making and full enjoyment of public policies. Taking this problem to the design field, we believe that, through participative actions, it would be possible to create and stimulate new ways of doing with, contributing to autonomy in health. As one of the partners of the network called Arranjo Local da Penha (ALP), the field work was developed with a group of women, patients from the nutrition service of the Dr. Felipe Cardoso Family Clinic, located in the neighborhood of Penha, Rio de Janeiro. We started to work there after the city hall's decision: the fire several professionals from the Family Clinic, including the nutritionist partner of ALP. Thus, we began our meetings by the challenge of keeping the group together and seeking forms of resistance, considering the problems that they faced in the region. Using tools such as Conversations Dispositifs, defined by Barbara Szanieki and Zoy Anastassakis, and the provotypes, concept by Jared Donavam and Wendy Gunn, we experienced a collective material production, through which we observed that being part of the productive processes was able to stimulate women's autonomy and self-valorization. We also identified, beyond the theories, that health is, in practice, sympoietic, inspiring us by the term "simpoiesis", by Donna Haraway, through the perception that affection and territory are elements that form the tentacles of mental and environmental health. The partnership between design, health institutions, patients and social movements, make us to reflect on design as a tool capable of "nurturing-with" new relationships and new ways of life in the face of turbulent times. Finally, we understand that the meeting between design and health is necessarily sympoietic, forming the field of Design & Health.

Keywords: Design & Health. Participation. Sympoiesis. Autonomy. Territory.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>O DESIGN, O ABACATE E A SAÚDE</b> .....	15
1.1	<b>Design, saúde e a metáfora do abacate</b> .....	15
1.2	<b>Os vários “com” como nutriente: encontros entre participação e design</b> .....	21
1.2.1	<u>A participação é a essência dos “fazer com”</u> .....	26
1.2.2	<u>O design com</u> .....	37
1.3	<b>Pesquisar com: entre design e métodos de pesquisa participativas</b> .....	46
1.4	<b>Design e saúde: a muda do abacate no Arranjo Local da Penha</b> .....	50
1.4.1	<u>Participação, design e saúde formando a muda do abacate</u> .....	50
1.4.2	<u>Os campos plantáveis: possíveis cenários de atuação e o Arranjo Local da Penha</u> .....	52
1.4.3	<u>Uma metodologia degustativa sobre design e saúde</u> .....	67
2	<b>SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E RELAÇÕES: ENTRE CONCEITOS, LUTAS E PRÁTICAS</b> .....	70
2.1	<b>Saúde: um cardápio de conceitos</b> .....	70
2.1.1	<u>A busca por um conceito de saúde</u> .....	70
2.1.2	<u>Os determinantes sociais da saúde</u> .....	72
2.1.3	<u>A promoção da saúde como importante conceito para práticas em saúde</u> .....	72
2.1.4	<u>A Saúde Pública Ecológica</u> .....	74
2.2	<b>Os nutrientes das lutas pela democratização da saúde no Brasil</b> .....	76
2.2.1	<u>Década de 1960: a 3ª Conferência Nacional da Saúde</u> .....	77
2.2.2	<u>Anos 1970: os movimentos sociais na saúde</u> .....	80
2.2.3	<u>Anos 1980: a Reforma Sanitária, a 8ª CNS e a saúde na Constituição de 1988</u> ....	86
2.3	<b>O Sistema Único de Saúde: ingredientes e modo de preparo</b> .....	91
2.3.1	<u>E, finalmente, nasce o SUS</u> .....	91
2.3.2	<u>Princípios e diretrizes do SUS</u> .....	93
2.3.3	<u>Quem são e o que fazem os atores do SUS?</u> .....	94
2.3.4	<u>A porta de entrada do SUS: A Atenção Básica em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família</u> .....	99
2.3.5	<u>O SUS no município do Rio de Janeiro</u> .....	101
2.3.6	<u>Os usuários do SUS: os direitos referentes ao acesso e à participação</u> .....	104

2.4	<b>Pistas sobre o encontro entre saúde e design no contexto brasileiro</b>	106
2.4.1	<u>Inspirações teóricas para repensarmos a saúde</u>	106
2.4.2	<u>O olhar simpoético sobre a saúde no Brasil</u>	116
3	<b>NUTRIR COM: EXPERIÊNCIAS DE DESIGN NA CLÍNICA DA FAMÍLIA</b>	124
3.1	<b>O marco Zero: nosso primeiro encontro diante da turbulência</b>	125
3.2	<b>Os encontros-confraternização</b>	134
3.3	<b>Mapeando o Complexo da Penha</b>	138
3.4	<b>Uma conversa sobre saúde</b>	142
3.5	<b>Comunicar saúde?</b>	150
3.6	<b>A potência feminina: o dia das mulheres</b>	152
3.7	<b>Mapeando a questão do lixo na Penha</b>	155
3.8	<b>Reencontro: o piquenique com a nutricionista na Arena Dicró</b>	157
3.9	<b>Oficina de culinária: a mediação das participantes</b>	159
3.10	<b>Iniciando a produção de materiais: a Oficina de Comunicação</b>	161
3.11	<b>Coletando histórias de vida</b>	166
3.12	<b>A produção do livro para o evento LivMundi</b>	170
3.12.1	<u>Preparando o livro inacabado</u>	170
3.12.2	<u>O evento LivMundi na Penha</u>	173
3.12.3	<u>O projeto gráfico do livro</u>	180
3.12.4	<u>Lançamento no LivMundi, no Parque Laje</u>	182
3.13	<b>Considerações sobre a experiência de campo</b>	185
	<b>“NUTRIR COM”: CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ENCONTRO ENTRE DESIGN E SAÚDE</b>	189
	<b>REFERÊNCIAS</b>	194

## INTRODUÇÃO

O ano é 2021. Não há nada mais em destaque que o termo “saúde”. Estamos vivenciando um momento bastante tumultuado, tanto localmente, pensando no contexto brasileiro em que estamos inseridos, quanto em nível global. Crises econômicas, ambientais, éticas e morais, e a pandemia de COVID-19 vêm fazendo parte do nosso cotidiano. É inegável que tenhamos atingido um ponto em que é necessário pensarmos alternativas como forma de nos reinventarmos nesses tempos, criando caminhos para agir e pensar. Como, então, podemos transformar o cenário do qual fazemos parte buscando melhor qualidade de vida, pensando como designers?

Szaniecki et al (2019) nos dão a seguinte pista: durante a transição para a economia pós-industrial, o design foi deixando de focar em produtos e comunicações para enfatizar os serviços. Desse modo, observamos o desenvolvimento de expertises, dentro do campo do design, tal como o Design de Serviços; os estudos que buscam requalificar o design, com base na necessidade de repensarmos nossas práticas em meio aos turbulentos século XX e XXI, que seriam o Design Participativo, Design social, Design sustentável; bem como as possibilidades de articulação entre campos, a exemplo do *Design Anthropology*. Entretanto, apesar da saúde fazer parte do universo do design enquanto produtos ou serviços, ainda não falamos em um subcampo articulado denominado “*Design & Saúde*” e que esteja voltado para o estudo das particularidades e complexidades impostas pela temática, como também para uma noção de saúde ampliada, saúde como um entrelaçamento de fatores bio-psico-sociais.

Somando-se à produção em si de artefatos e serviços, encontramos autores que confirmam que a saúde é um tema caro ao design e que merece ser aprofundado. Destacamos John Thackara, que tem trabalhos abordando temas como a assistência e o cuidado; Ellen Lupton, que publicou, em 2020, um livro sobre o design de produtos e serviços para a melhoria da saúde; Sarah Schrauwen, Lucienne Roberts e Rebecca Wright que, a partir da exposição *Can graphic design save your life?*, realizada pelo museu/biblioteca *Wellcome Collection*, em Londres, em 2017, produziram um livro em que foram catalogadas imagens e pequenos textos explicativos sobre o design gráfico para a saúde. Entretanto, entendemos que produtos, comunicação visual ou serviços não são as únicas aproximações possíveis entre design e saúde.

No Brasil, saúde é um direito social previsto na Constituição Federal de 1988, assim como trabalho, educação, moradia, segurança. Desde os anos 90, contamos, no país, com o Sistema Único de Saúde (SUS), para dar assistência à saúde dos brasileiros. Fruto da luta de

movimentos sociais, nosso sistema de saúde funciona segundo alguns princípios tais como a universalidade, isto é, todos temos o direito de usá-lo, e a participação popular, que nos faz questionar como o Estado tem criado meios para promovê-la. Assim, iniciamos nossa discussão a partir da ideia de que a saúde é relacional e a autonomia é um importante caminho para termos uma vida realmente saudável.

Para embasar a discussão sobre a perspectiva das relações, recorreremos à Donna Haraway, bióloga e filósofa, que, em seu livro *Staying with the trouble*, publicado em 2016, traz visões interessantes para atravessarmos tempos “turbulentos”, definição dada pela autora a períodos complexos. Dentre os conceitos apresentados por Haraway (2016), destacamos “Ficar com os problemas”, título do livro, que se refere à capacidade de respondermos à problemáticas enfrentadas, se relacionando com a ressurgência. A tarefa seria, portanto, aprender a viver em nosso conturbado presente, o que, segundo a autora, requer colaboração e combinações, traduzidas em “ficar com”.

Haraway (2016) também nos apresenta o termo simpoiésis, entendido como “fazer-com, com base na ideia de que os seres, enquanto parte do Planeta Terra, nunca estão sozinhos. Estamos sempre em companhia em sistemas complexos, dinâmicos, responsivos e históricos. É partir desses conceitos, somados à ideia do Bem Viver, referenciadas por Alberto Acosta e Pablo Solón, e da autonomia embasada por Arturo Escobar, que propomos que a saúde seja observada com base em relações simpoiéticas.

A saúde é um campo repleto de tensões, em que “Ficar com os problemas” é uma realidade, vide a pandemia de COVID-19 demandando drásticas mudanças. Desse modo, pensando como designers, é possível encontrarmos diversas possibilidades de reflexão e ação. O próprio conceito de saúde nos fornece um campo fértil para atuar pois é possível refletirmos sobre os atravessamentos que influenciam a nossa noção do estar saudável, caminhando para uma mudança de paradigma por meio das práticas e ferramentas do design, indo além de serviços e produtos.

Nesse sentido, o objetivo geral deste trabalho é discutir formas pelas quais o design pode contribuir para a autonomia em saúde, embasando-nos pela simpoiésis. Para isso, definimos os seguintes objetivos específicos:

- propor uma reflexão sobre a relação entre o design e a saúde para além dos produtos e serviços;
- contextualizar a saúde no Brasil, visando encontrar pistas para a atuação do design enquanto ferramenta capaz de incrementar a participação popular;
- experimentar ferramentas participativas de design no campo da saúde.
- propor o campo Design & Saúde a partir da leitura simpoiética, para além da participação, tanto da saúde quanto do design.

Para atendermos os objetivos específicos, partimos das seguintes questões norteadoras:

- Considerando as produções do design, como trabalhar focando na saúde ao invés da doença?
- O designer/design atuando junto a atores como pacientes e profissionais da saúde é capaz de contribuir para a autonomia em saúde?
- Produzir com esses atores é capaz de auxiliar na transformação de ambientes em conflitos tornando-os mais saudáveis?

Com base nos objetivos propostos e nas questões norteadoras, desenvolvemos uma pesquisa-intervenção, relacionando-a com a noção de intervenções de design. Como ferramentas, trabalhamos com os Dispositivos de Conversação, de Zoy Anastassakis e Barbara Szaniecki, e o provótipo, de Jared Donavam e Wendy Gunn.

No primeiro capítulo, apresentamos o percurso que nos levou tanto à reflexão sobre Design & Saúde, quanto ao início do trabalho de campo desenvolvido neste trabalho. A partir da ideia de a saúde poderia ser um tema pelo qual o design pode trazer contribuições para a sociedade, articulamos a trajetória acadêmica aos referenciais teóricos que fomos conhecendo ao longo dos últimos 10 anos. Ezio Manzini, Victor Papanek, John Thackara, Paulo Freire, Donna Haraway e Juan Díaz Bordenave são alguns nomes com os quais construímos e compartilhamos esta escrita.

É nesse capítulo que também apresentamos nossa escolha metodológica, representada pela Pesquisa-intervenção, fazendo uma leitura aproximada ao campo do design, por meio das *intervenções de design*, discutidas por Joachin Halse e Laura Boffi. Relatamos também, ao longo do primeiro capítulo, a aproximação com o Arranjo Local da Penha, rede que oportunizou nosso experimento junto às pacientes da Clínica da Família, as particularidades do bairro em que atuamos, bem como os primeiros experimentos realizados.

Já no segundo capítulo apresentamos como o serviço de saúde funciona no Brasil. Como em uma linha do tempo, buscamos trazer o histórico do conceito de saúde e da formação do SUS. Após o conhecimento do cenário brasileiro e da identificação de algumas pistas pelas quais poderíamos operar, propomos a visão da saúde pelo viés das relações, articulando à saúde ao Bem Viver, embasando-nos em Alberto Acosta e Pablo Solón; à Simpoésis, de Donna Haraway; e a autonomia, a partir de Arturo Escobar. Ao final, trazemos o campo para a discussão, através da questão da saúde alimentar e da realidade das mulheres da favela, referenciando-nos em Ana Santos, criadora do Arranjo Local da Penha.

No terceiro e último capítulo descrevemos as experiências do campo, desenvolvidas entre novembro de 2018 e julho de 2019. O trabalho de campo foi desenvolvido em duas fases: a primeira, em que buscamos a aproximação com grupo, enquanto na segunda, realizamos práticas participativas para o desenvolvimento dos materiais. Após os relatos, foi realizada uma leitura do que observamos em campo, com base nas pistas encontradas nos primeiros capítulos, entendendo o design como uma ferramenta que conecta, “nutrindo com” diversos atores, humanos e não humanos. Cabe destacar que, nesse capítulo, para narrar as experiências de campo é utilizada a primeira pessoa do singular para descrever os eventos em que houve apenas uma pessoa mediando. Nos demais capítulos a utilização da primeira pessoa do plural foi escolhida como uma forma de incluir o leitor nas reflexões.

Desse modo, entre a reflexões teóricas e experiências de campo, desenvolvidas ao longo deste trabalho, propomos a incorporação de questões referentes à saúde nas investigações do campo do design, considerando que as práticas participativas são essenciais pois são capazes de estabelecer relações mais horizontais entre as instituições de ensino e pesquisa e a sociedade. Assim, pensando a saúde por meio das relações, buscamos abrir possibilidades de reflexão sobre o design como fornecedor de métodos para o campo da saúde, cujos nutrientes são os afetos, as memórias, a criação de laços e a escuta sensível.

## 1. O DESIGN, O ABACATE E A SAÚDE

Se, na verdade, não estou no mundo apenas para me adaptar a ele, mas para transformá-lo, e se não é possível mudar o mundo sem um sonho ou visão para isso, eu tenho que fazer uso de todas as possibilidades que eu tenho, não só para falar sobre a minha utopia, mas também participar em práticas consistentes com ela (FREIRE, 2000).

### 1.1 Design, saúde e a metáfora do abacate

Qual seria nossa contribuição, enquanto designers, para a sociedade? Essa questão atravessa boa parte do campo do design e, neste trabalho, se transforma: Qual poderia ser nossa contribuição, enquanto designers, para a saúde?

Questionar nosso papel não é uma particularidade dos designers do século XXI. Retornamos então, brevemente, a alguns “clássicos”. Ainda no século XIX, encontramos William Morris, apontando a cobiça do capitalismo e a conseqüente má qualidade dos produtos, destacando também que: “*Não é desta ou daquela máquina tangível de aço e metal que queremos nos desfazer, mas da grande máquina intangível da tirania comercial, que oprime a vida de todos nós*” (MORRIS *apud* FORTY, 2013). Já no século XX, Victor Papanek, problematizou a atuação do designer, por meio da defesa de um pensamento mais sustentável, destacando que devemos atuar nos pautando pela responsabilidade moral e social (PAPANEK, 1985).

Disse Papanek (1985):

O design deve se tornar uma ferramenta inovadora, altamente criativa e multidisciplinar, que responda às reais necessidades do homem. Deve ser mais orientada por pesquisas (sendo que) temos a obrigação de parar de encher a Terra com objetos e estruturas mal projetados. (PAPANEK, 1985).

Nos anos 1970, durante a Conferência *Design Participation*, Nigel Cross destacou: “*designers profissionais, em todos os campos, falharam em sua responsabilidade assumida de prever e projetar os efeitos adversos de seus projetos. Esses efeitos colaterais prejudiciais não podem mais ser tolerados e considerados inevitáveis se quisermos sobreviver ao futuro.*”

Mais recente, no século XXI, Ezio Manzini (2008) questiona qual foi o nosso papel efetivo até agora, considerando as condições que atualmente enfrentamos e a natureza das “transformações catastróficas”, nas palavras do autor. Manzini (2008) entende que nós, designers, fomos e continuamos sendo parte do problema, compreendendo também que ainda é possível nos tornar parte da solução (MANZINI, 2008). Cabe destacar que, em 2020, Manzini destacou o papel do design para a inovação social no contexto das transformações impostas pela pandemia de COVID-19

Em 2010, ao final da graduação em Comunicação Visual Design, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), surgiu o convite para participar de um projeto de extensão que buscava auxiliar na recuperação da cidade de Nova Friburgo, após a tragédia das chuvas ocorridas no início daquele ano, através de oficinas conduzidas por alunos da graduação nas escolas municipais da região. Foi a partir dessa experiência os aspirantes a designer começavam a ter contato com a sociedade para além dos produtos ou comunicações visuais voltadas para o consumo.

Como referência, podemos dizer que o principal autor que influenciou o caminho percorrido até aqui foi Brian Dougherty. O designer americano, em seu livro publicado em 2011, trouxe a metáfora do “design abacate” para falar sobre o design gráfico sustentável, observando-o por meio de três camadas: o manipulador de materiais, o criador de mensagens e aquele que seria um agente de mudanças (DOUGHERTY, 2011).

A referência visual pela qual Dougherty (2011) observa as camadas do design gráfico sustentável é a de um abacate grande e maduro. A casca seria o mundo dos materiais, englobando as escolhas de papéis e as formas de impressão; a polpa seria o campo das mensagens que compreendem o desenvolvimento de produtos, marcas e serviços; já o caroço, componente mais interno do abacate, representa o desafio da mudança, objetivados tanto pelos materiais da casca, quanto pelas mensagens e demais produções da polpa (DOUGHERTY, 2011). Trazer a saúde para a agenda do designer surge do abacate como uma metáfora nossa atuação enquanto designers.

É a partir desse olhar sobre o caroço que, em 2013, foi iniciada mais uma vivência fundamental para a realização deste trabalho: o mestrado no Programa de Pós Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A instituição surgiu como uma possibilidade de inserção do design na saúde a partir da participação do projeto de extensão da UFRJ na Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, evento no qual a FIOCRUZ também integrou.

Por meio das disciplinas ofertadas durante o mestrado, foi possível percebermos que para atuarmos como caroço do abacate, é necessário um pensamento crítico sobre em que lugar do processo de design se encontra a saúde e, concomitantemente, em que lugar dos processos produtivos relacionados à saúde está o design.

Atualmente podemos encontrar algumas publicações que colocam a saúde como um problema de design. O design de serviços de saúde tem sido um campo de pesquisa explorado, destacando-se as pesquisadoras Karine Freire, brasileira, e Daniela Sangiorgi, italiana. Com relação ao design gráfico, Sarah Schrauwen, Lucienne Roberts e Rebecca Wright organizaram um livro contendo imagens e pequenos textos que abordam o design gráfico para o campo da saúde, que fizeram parte da exposição *Can graphic design save your life?*, realizada pelo museu/biblioteca *Wellcome Collection*, em Londres, no ano 2017.

Considerando que o designer gráfico trabalha com palavras e imagens; signos e símbolos; cores e formatos com o objetivo de comunicar visualmente, formando mensagens, projetando ideias e contribuindo para experiências, Schrauwen, Roberts e Wright (2017), entendem que podemos contribuir para a saúde. As contribuições seriam voltadas para: a persuasão, como no caso da redução do uso do tabaco; educação, através de informações sobre como o corpo humano funciona e sobre escolhas saudáveis, por exemplo; a hospitalização, por meio do auxílio aos pacientes e visitantes a se orientarem nos espaços hospitalares, reduzindo estresse e ansiedade; provocação, no sentido de funcionar como uma ferramenta que empodera ou desperta para ações e mudanças de comportamento; informar sobre doenças contagiosas por meio do design e da visualização das informações (SCHRAUWEN; ROBERTS; WRIGHT, 2017).

A compilação e a reflexão das autoras comprovam as importantes contribuições do design gráfico para as questões de saúde, mas ainda é necessário aprofundar a discussão. Considerando todas as formas possíveis de promover transformações nas vidas das pessoas, identificadas por Schrauwen, Roberts e Wright (2017), em que fase do projeto voltado para saúde estamos nos colocando? Ao buscar atingir o objetivo de provocar uma mudança de comportamento, como estamos usando nossas ferramentas? Focamos no processo criativo como um todo ou no apenas no cartaz final como produto?

Essas questões remetem ao abacate porque se o designer aparece somente nos finais dos processos voltados para as mudanças na saúde, estaríamos atuando apenas como casca, entendendo que a saúde está no papel limitado de cliente do designer. Nesse sentido, chegamos à conclusão de que, no caso da saúde, ser o caroço do abacate não é apenas tê-la

como uma entidade para qual estamos vendendo nossa força criativa, mas sim refletir sobre nossas ferramentas e processos como potenciais transformadores.

Retornamos então à experiência do mestrado na Fiocruz. Fazendo uma análise crítica, embora o que tenha levado ao desenvolvimento da dissertação em uma instituição vinculada à saúde tenha sido inspirada pela metáfora do abacate, adentrar as camadas mais profundas da fruta não foi tarefa fácil e, na realidade, continuamos sem acessar o caroço. Foi com essa percepção em mente que apresentamos um anteprojeto de pesquisa no processo seletivo de 2012: meu objetivo era fazer uma análise de campanhas de saúde e procurar possibilidades de criação alternativas sempre por meio do design. A própria dissertação, apresentada em 2015 e que seguiu outro rumo, também indica a dificuldade, pois teve como tema o acesso à informação sobre desastres naturais, referentes à ação e prevenção, analisando os websites oficiais do Estado do Rio de Janeiro e de seus 92 municípios, assumindo o design de informação um papel de coadjuvante nas análises. Em ambas as produções é possível que tenhamos atuado como polpa do abacate, devido às propostas de analisar os materiais usando o design como categoria.

Observar o anteprojeto e a dissertação por um olhar crítico sobre o papel do designer é importante para refletirmos sobre onde queremos e podemos estar. Contudo, a grande contribuição da dissertação na Fiocruz para esta TESE no PPDEsdi, está nos processos. Por processos, entendemos tanto os estudos dos critérios utilizados nas análises realizadas durante o trabalho, quanto as disciplinas cursadas no período.

Durante o primeiro semestre, todos os alunos ingressantes deveriam cursar duas cadeiras obrigatórias: “Fundamentos Teóricos da Saúde, Ciência e Tecnologia” e “Fundamentos Teóricos da Informação e Comunicação em Saúde”. A primeira falava sobre Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando o histórico de lutas do sistema de saúde, o funcionamento e seus princípios. Conhecer o princípio da participação popular foi bastante motivador.

A outra disciplina trazia uma série de autores utilizados como referencial teórico no campo da comunicação e informação em saúde, como Pierre Bourdieu, Milton Santos, Manuell Castells, Pierre Levy. Contudo, foi na aula que abordava o tema da comunicação popular, conduzida pelo professor Valdir de Castro Oliveira, que encontramos a grande inspiração deste trabalho: Paulo Freire e seu livro “Extensão ou Comunicação”.

Na publicação, o educador problematiza o uso do termo “extensão” para se referir à relação profissional entre o agrônomo extensionista e o camponês, entendendo que a dinâmica se dá pela ação de estender o conhecimento ao trabalhador rural. A questão problemática da extensão é colocada pelo autor a partir da análise do seu campo associativo, que engloba

relações significativas tais como entrega, transmissão, doação, manipulação, messianismo, mecanicismo, invasão cultural (FREIRE, 1983). Para Freire (1983) esses termos “coisificam” o homem, negando-os como um ser de transformação do mundo, a constituição e a formação do conhecimento autênticos, e a ação e a reflexão verdadeiras aos que seriam objetos dessas ações.

Pela ótica da educação, o autor defende a ideia de que é direito e, também, dever do agrônomo ser um educador-educando, assim como do camponês ser um educando-educador. Freire (1983) destaca que alguns extensionistas, acreditando que sua atuação é educadora, definem como sua tarefa fundamental a persuasão dos trabalhadores rurais a aceitar suas propagandas, bem como a aplicar as possibilidades técnicas e econômicas, no entanto, esses profissionais estariam entrando em contradição com uma educação libertadora. Na ação de persuasão, entende o autor, há um sujeito que persuade e um objeto no qual está implicado o ato de persuadir, caracterizando-se como um processo domesticador.

Dessa forma, quando estamos falando de uma opção libertadora, Freire (1983) enfatiza que ninguém é persuadido ou submetido a força de uma propaganda, mas sim problematiza uma situação concreta, captando-a e atuando de forma crítica sobre ela. Assim, complementa o autor, o agrônomo, enquanto especialista, atua com outros homens sobre a realidade, recusando a domesticação, assumindo-se como um educador-educando cuja tarefa corresponderia mais ao conceito de comunicação do que de extensão (FREIRE, 1983).

Freire (1983) traz a conscientização como um esforço necessário que, diferente da extensão, é capaz de permitir que, de forma crítica, os indivíduos se apropriem da posição que ocupam no mundo junto aos demais. Para o educador, seria essa ação que os impulsionaria a serem sujeitos da transformação do mundo, assumir o verdadeiro papel que lhes cabe como homens, entendendo que o homem é um ser de relações que faz parte de um mundo, também, de relações, cuja presença é um estar com (FREIRE, 1983).

No entanto, é preciso ter cautela quanto à leitura que damos ao ato de conscientizar e quais práticas utilizamos para isso. Quando falamos de conscientização, ainda há uma relação de poder representada pelo conscientizador e pelo conscientizado. Nesse sentido, a prática se aproxima à da persuasão a qual o autor critica. Entendemos que estar no mundo e se perceber no mundo é uma questão a ser trabalhada pela relação educador-educando e educando-educador.

O autor descarta a ideia de extensão para privilegiar o diálogo, isto é, o “ser dialógico”, considerando que este não manipula, invade ou “sloganiza”. É vivenciar o diálogo e empenhar-se constantemente na transformação da realidade. Afirma Freire (1983): “O

*diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos”.*

Outra reflexão importante para a trajetória aqui narrada, identificada no livro “Extensão ou Comunicação”, é a questão do “reconhecer-se como o agente de mudanças”. Freire (1983), argumenta que esse reconhecimento, quando embasado por um real empenho educativo libertador, não pode colocar os homens com quem trabalhamos como objetos de nossa ação, mas sim percebê-los também como agentes de mudança. Caso contrário, afirma o autor, estaríamos manipulando, domesticando (FREIRE. 1983).

A leitura de Paulo Freire, somada ao conhecimento mais aprofundado do SUS, gerou reflexões sobre o uso do design como apoio ao princípio da participação popular. Retornando ao artigo desenvolvido para a disciplina percebemos sua atualidade e relevância para esta pesquisa. Para o desenvolvimento do artigo, os alunos deveriam montar um pequeno texto contendo algumas palavras-chaves, destacadas em cada aula, relacionando-as com os interesses de pesquisa. O resultado foi o seguinte:

Adotar oficinas de design na gestão de políticas de saúde é uma luta contra a exclusão através do acesso à participação, auxiliando o controle social a fim de defender seus interesses, tornando-o sujeito com poder de ação, ampliando a atuação para além de mero usuário contaminado pela ideia de que é apenas um cliente do SUS. Tendo o SUS como diretriz a Universalidade, podemos relacioná-la ao Direito à Comunicação, reforçando a cidadania, chave da democracia, agindo o design como interface para inclusão social.

Esta interface pode vir a ser uma das alternativas para vencer desafios quanto à fragmentação ou distorções de sentidos que podem resultar das disputas presentes no Mercado Simbólico, lutando-se para diminuir os conflitos de interesses mais subjetivos que vão além de questões de institucionalização, normas ou regulação para o que envolve os processos de doenças, pensando como possibilidade de mudança a atuação da população através do design.

Salvo algumas mudanças, tais como referencial teórico, o trecho escrito em 2013 se assemelha à proposta deste trabalho. No entanto, ao olharmos novamente para o texto de Freire (1983) é possível tecermos algumas críticas importantes sobre as referências trazidas neste tópico, no sentido de ficarmos alertas a possíveis manipulações ou domesticações a partir do design.

A primeira diz respeito ao papel persuasivo do design gráfico na saúde, identificado por Schrauwen, Roberts e Wright (2017). Inspirando-nos por Freire, quando buscamos uma mudança de comportamento, devemos nos pautar pelo empenho educativo libertador e não na persuasão que retrata uma relação de “design-sujeito” e “grupo populacional-objeto”, que nos faz agir como ferramentas extensionistas. Como as autoras também identificam a educação como uma função do design para a saúde, entendemos que é mais interessante

focarmos no uso das ferramentas de design aliadas à educação libertadora ao invés de uma ação mais domesticadora como seria o convencimento ou mesmo a conscientização.

Outra crítica necessária é sobre a metáfora do abacate. Ser o caroço do abacate é buscar ser agente de mudanças, mas se não considerarmos como sujeito aqueles com quem queremos trabalhar, estaríamos tentando promover mudanças com base em uma domesticação. Para que o caroço do abacate produza realmente frutos, é necessário que ele se torne muda, associando-o com elementos tais como terra, água, nutrientes. Fazendo uma leitura pelo design, propomos que nossa atuação seja nutrida por participação e diálogo entre sujeitos, tornando-nos um “designer muda do abacate” trabalhando conjuntamente para uma saúde, a exemplo da educação, libertadora.

## **1.2 Os vários “com” como nutriente: encontros entre participação e design**

Cerca de um ano após concluído o mestrado na Fundação Oswaldo Cruz, o desejo de desenvolver uma pesquisa pautada pelas relações entre design, saúde e participação permaneceu, e foi na Escola Superior de Desenho Industrial (ESDI), vinculada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que encontramos um espaço acolhedor para tal.

O Programa de Pós Graduação em Design da ESDI (PPDESDI) possibilita que pessoas que não estejam vinculadas à programas de pós graduação curse disciplinas em uma modalidade denominada “aluno especial”, a qual permite que, caso o aluno seja aprovado no processo seletivo, tornando-se oficialmente aluno do PPDESDI, é possível aproveitar os créditos da disciplina que cursou anteriormente. Foi a partir dessa oportunidade que iniciamos nossa relação com a ESDI, através da disciplina “Design e condição de teoria: Práticas criativas colaborativas - desafios para o design”, conduzida pelas professoras Barbara Sazaniecki e Talita Tibola.

Por meio da bibliografia encontramos autores fundamentais para este trabalho. O primeiro contato com um design que engloba em seus processos pessoas que não são designers “graduadas” foi com o livro de Jégou François e Ézio Manzini (2008), *Collaborative Services: Social innovation and design for sustainability*. Com base em conceitos trazidos pelos autores tais como “atividades colaborativas”, “criatividade socialmente difusas”, “contextos favoráveis”, percebemos que havia espaço para discutir saúde e participação por meio do design. Durante a disciplina foi possível também apreender três importantes conceitos que foram fundamentais para este trabalho: Design participativo,

Dispositivos de conversação e Pesquisa-Intervenção, os quais serão desenvolvidos ao longo deste capítulo.

No ano seguinte, iniciamos este trabalho oficialmente vinculado ao PPDESDI. Durante o primeiro semestre Barbara Szaniecki e Talita Tibola conduziram uma disciplina denominada “Mundos máquinas e maquinismos: *making/designing* no Século XXI”, de cuja bibliografia emergiu uma das principais referências teóricas deste trabalho: Donna Haraway<sup>1</sup> e seu livro *Staying with the trouble*, publicado em 2016.

Haraway (2016) traz em sua publicação conceitos bastante interessantes para refletirmos sobre nossas ações e interações com os diversos seres do mundo, seres esses para além dos humanos. O conceito título do livro da bióloga, *Staying with the trouble*, o qual podemos traduzir como “ficar com os problemas”, nasce da percepção da autora de que estamos todos vivendo em tempos turbulentos, perturbadores, problemáticos e “mixed-up”, que poderíamos traduzir como um tempo em que estão misturadas dores e satisfações, em que a ressurgência é necessária. A tarefa, de acordo com a autora, seria nos tornarmos capazes de “criar parentescos” em linhas de conexões inventivas como a prática de aprender a viver e a morrer bem uns com os outros, considerando a densidade do presente. Criar parentescos requer combinações e colaborações inesperadas em “estamos com” uns com os outros. Para Haraway (2016) sozinhos, separando nossas experiências e expertises, ao mesmo tempo em que sabemos muito, sabemos pouco, nos fazendo sucumbir a atitudes insensatas como o desespero e a esperança.

A ideia expressa pelo “ficar com os problemas” não demanda que haja uma relação com o futuro, mas sim que o presente não seja o pivô entre o desaparecimento de um passado terrível ou “edênico” e um futuro apocalíptico ou “salvador”. A proposta de Haraway (2016) é a de que aprendamos a viver em um verdadeiro presente, cujas criaturas mortais estão entrelaçadas em uma imensidade de configurações inacabadas de lugares, significados, questões, tempo (HARAWAY, 2016).

A partir do conceito de “staying with the trouble”, Haraway (2016) nos apresenta o Chthuluceno, nome para uma espécie de lugar no tempo em que se aprende a ficar com os problemas de viver ou de morrer, com o que autora chama de “*response-ability*”, aqui traduzido como uma “habilidade de resposta” aos danos ao planeta. Para desenhar esse período, a filósofa destaca a figura de um monstro, no melhor sentido, “chtônico” composto

---

<sup>1</sup> Haraway além de bióloga é filósofa e professora no departamento de História da consciência da Universidade da Califórnia. Dentre suas obras destacamos “O Manifesto Ciborgue”, “When species meets”, “The Companion Species Manifesto: Dogs, People, and Significant Otherness” e “Staying with the trouble”.

por tentáculos, cordas patas de aranha e cabelos rebeldes que demonstra e performa os processos da Terra e de suas criaturas.

Haraway (2016) é uma autora bastante “imagética”, ao longo do livro ela ilustra suas ideias com experiências e figuras interessantes de se imaginar. Desse modo, ao escrever sobre a criação das relações de parentescos e o Chthuluceno, a filósofa traz o conceito a sigla *SF*, cujas peças são representadas por seres e parceiros, relações que ocorrem como um looping visto que são interdependentes. São elas: *Science Fiction* (Ficção Científica), *Speculative Fabulation* (Fabulações Especulativas), *String Figures* (Figuras de Corda), *Speculative Feminism* (Feminismo Especulativo), *Science Fact* (Fatos da Ciência), *So Far* (Tão longe) (HARAWAY, 2016).

A autora destaca três importantes pontos dos, ou das, SF. O primeiro seria que são métodos de rastrear, seguir uma linha “no escuro” em um perigoso e verdadeiro conto de aventura. O segundo, de acordo com Haraway (2016), seria entender que SF não é um acompanhamento, mas sim parcerias e encontros que necessitam de respostas considerando a necessidade de cada um seguir em frente. O terceiro ponto diz respeito às relações “antagônicas” que conformam as SF, tais como: transmissão e recepção, fazer e desfazer, pegar fios e soltá-los. Nesse sentido, a bióloga resume SF como a figura que ilustra o “transitar” durante o Chthuluceno, que pode ser traduzido tanto como prática e processo, como “ficar um com o outro” em um revezamento inesperado (HARAWAY, 2016).

As figuras de corda apresentadas por Haraway (2016) se assemelham à tentacularidade, que pela ideia da autora entrelaçam a *poiesis*, o fazer, entre todas as possibilidades de SF. Assim, a autora trabalha a SF como um modo de “pensar com” um conjunto de companheiros em uma relação *simpoiética*, sentindo, emaranhando-se, selecionando, rastreando. Assim emerge mais um conceito da autora bastante inspirador para este trabalho: *sympoiesis* (simpoiésis).

Segundo Donna Haraway (2016), *simpoiésis* é uma palavra simples que significa “fazer com”. A autora destaca que nada se faz sozinho, nada é realmente autopoietico ou auto-organizado, desse modo, *simpoiésis* seria o termo apropriado para sistemas dinâmicos, complexos, histórico, responsivo e situado. Haraway (2016) também define o conceito por meio da palavra “worlding-with”, como não temos uma palavra específica na língua portuguesa para traduzir esse termo, o interpretamos, nesta pesquisa, a partir da ideia de uma visão de um mundo constituído por “com”, isto é, por companhias que se relacionam com “estar com”, “viver com”, “morrer com”, “criar com”.

Nesse sentido, podemos articular essa ideia de Haraway (2016) com Freire (1983) que destaca o “estar com” como algo inerente às nossas relações de sujeitos da transformação de um mundo que se constitui por relações. No entanto, o autor brasileiro se refere apenas às pessoas humanas, enquanto a filósofa americana aprofunda essas relações a partir das tentacularidades que geram arranjos intra-ativos nos quais estão incluídos os humanos, não-humanos, mais-que-humanos.

Haraway (2016) encontra na tese de Beth Dempster, escrita em 1998, uma definição bastante clara para a palavra *simpoiésis*: sistemas de produção coletiva que não tem uma definição própria em termos espaciais ou fronteiriços; as informações e o controle estão distribuídos por todos os componentes; e compõe sistemas evolutivos com potencial para mudanças inesperadas. Haraway (2016) identifica através da definição de Dempster que a *simpoiésis* é importante para pensarmos a reabilitação, no sentido de tornar novamente habitável, e a sustentabilidade, reconhecendo os “poros abertos” e as bordas que foram abertas pelos danos do Antropoceno. Assim, o Chthuluceno se conforma por relações *simpoéticas*, as quais podemos percebê-las como práticas do “ficar com os problemas”.

A partir da forma como Donna Haraway observa as questões enfrentadas pelo planeta, é possível pensarmos que o design tem capacidade de atuar nas no Chthuluceno. O primeiro passo vai ao encontro das problematizações, destacadas no início deste capítulo, realizadas pelos designers renomados Victor Papanek, Nigel Cross e Ezio Manzini que, em resumo seria: é necessário que os designers tenham responsabilidade, atuando mais por meio das pesquisas, não tolerando os efeitos colaterais prejudiciais e reconhecendo sua parte no problema. Unindo as colocações desses autores, identificamos que nossa atuação deve ser embasada pelo que Haraway (2016) chama de *response-ability*.

A *simpoiésis* pode ser uma visão bastante interessante para o design. É possível encontramos alguns autores que discutem um design por meio de óticas as quais podemos articular com a criação dos arranjos a partir do pensamento tentacular.

Szaniecki *et al* (2019) destaca que, no período da economia industrial, o design está voltado para produtos e comunicação, na transição para a economia pós-industrial, ele foca seus pensamentos e práticas em serviços e gestão. Estamos falando do design dominante.

Rafael Cardoso (2013) argumenta que nosso cenário atual é de complexidade e são dos trabalhos em equipes ou redes que surge as melhores composições. Nesse sentido, o autor entende que uma das atribuições do designer seria ajustar conexões que estavam desconexas. A percepção dessa complexidade não apenas do tempos atuais, mas também com a da vida na Terra, inspirando-nos pela leitura de Donna Haraway (2016), demanda que nós, designers,

repensemos nossas funções no emaranhado de conexões, o que dialoga com Papanek (1985) que destaca que somos capazes de transitar por todos os ambientes, utilizando diferentes ferramentas, nos fazendo assumir sem deixar de nos pautar por uma grande responsabilidade moral e social. Destacamos, novamente, a “response-ability” dos designers no Chtuluceno.

Outro autor que também fala sobre conexões é Manzini (2017). O autor apresenta o conceito de “modo de design”, que seria a combinação entre senso crítico, criatividade e senso prático, que está relacionado à viabilidade de se fazer algo. Para o designer italiano, a integração entre os três pontos citados nos permite imaginar coisas que ainda não estão disponíveis, mas que poderiam ser feitas por meio de ações apropriadas. Manzini (2017) destaca que o modo de design vem ganhando espaço em outras áreas, tanto nas diferentes atividades consideradas humanas quanto para sujeitos individuais e coletivos, visto que, em um mundo que se conforma por uma alta conectividade, as organizações - sejam elas associações, órgãos públicos, empresas, regiões - estão operando pelo “modo de design” (MANZINI, 2017). Dessa forma, a percepção de que o modo de design está em expansão, entendemos que o campo do design tem capacidade para contribuir nessas organizações que já o utilizam. É possível incluímos nas relações operadas pelo modo de design de Manzini (2017), o que Pazmino (2012) entende como atribuição do designer social, formando coalizões entre designers, órgãos públicos, ONGs e comunidades, projetando para necessidades sociais reais.

Uma leitura possível do design pela simpoiésis pode ser observada no texto de Szaniecki *et al* (2019), no qual os autores articulam as práticas simpoiéticas com o design sustentável, traduzindo essa relação pelo “fazer com” no qual estaria somado o viver e o lutar com outros, gerando a reflexão sobre um “design com” (SZANIECKI *et al*, 2019). Com isso, propomos uma reflexão sobre um design simpoiético que está focado no “fazer com” articulando criativamente diversos campos e atores. A partir desse raciocínio, a proposta seria alinharmos nossos pensamentos com a criação de laços, formando arranjos por meio do design, dos quais emergem caminhos colaborativos e criativos. Como ponto de partida destacamos a importância do engajamento do designer nas questões do cotidiano, nos posicionando nos emaranhados do contexto do Chtuluceno, e entendendo que as práticas colaborativas seriam mais interessantes no cenário atual, a partir da percepção do mundo como uma SF.

Nesse sentido, pensar o design por meio das práticas simpoiéticas é também refletir sobre o nosso papel de “criar com” conexões para conectar o desconexo, direcionando nossas expertises para a construção de laços campos e atores. O objetivo pode ser definido como

procurar e criar caminhos voltados para o encurtamento da distância ocasionadas por determinadas rupturas nos emaranhados que constituem o mundo. Desse raciocínio podemos compreender que, considerando que o design sustentável se embasa no tripé sociedade-economia-meio ambiente, trazer a ótica da relação simpoiética para debatê-lo tem capacidade para gerar caminhos alternativos. É possível observarmos as conexões entre os elementos do tripé da sustentabilidade inclui humanos e não-humanos e, portanto, é uma ótica essencial para trabalhar as relações do design com o campo da saúde.

Essa ideia é reforçada por Manzini (2020) que, no contexto inesperado e desconhecido da expansão do coronavírus, chama a atenção para a demanda imposta por essa turbulência da COVID-19, contemporânea à escrita deste trabalho, caracterizada pela necessária reformulação de nossas vivências. É possível trazermos a lente do design simpoiético para essa questão, pois o autor entende que o objetivo do design de inovação social seria o de apoiar a construção de novas formas de comunidade local, incluindo espaços físicos e digitais, humanos, entidades vivas e não vivas, que constituem a rede da vida, o que podemos interpretar como ficar com os problemas ocasionados pelas mudanças geradas pelo coronavírus, articulando o local, os humanos, as entidades vivas e não vivas, que formariam os arranjos intra-ativos destacados por Donna Haraway (2016).

### 1.2.1 A participação é a essência dos “fazeres com”

A reflexão sobre o “design muda de abacate” tem como essência a ideia de que devemos “trabalhar com” outros, reforçando o “estar com” dos indivíduos que os tornam sujeitos de transformação do mundo formado por figuras de corda, inspirando-nos em Haraway (2016) e Freire (1983). Nesse contexto, a participação emerge como um nutriente fundamental capaz de estabelecer relações que favorecem práticas libertadoras.

Podemos dizer que não é complicado entender o que seria a participação já que é algo corriqueiro em nossas vidas. Costumamos participar de grupos, seja presencialmente ou em redes sociais, de projetos, encontros. Contudo, mesmo que tenhamos um conhecimento tácito sobre a participação, é importante aprofundarmos o conceito para desenvolver as relações pretendidas neste trabalho.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), afirma que o termo participação é polissêmico e está relacionado à democracia. Diz a OPAS (2019):

Participar é uma forma de exercer direitos políticos e sociais, se dá de forma individual ou coletiva, de apoio ou pressão, direta ou indireta e é direcionada a influenciar decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania. A participação é um importante instrumento para o aprofundamento e amadurecimento da democracia. (OPAS, 2019).

Não é estranho ouvirmos sobre participação popular, participação cidadã, participação social, entre outros. Por ser o Brasil um Estado Democrático de Direito, participar é essencial para seu funcionamento e o exemplo mais óbvio que temos é o do voto que nos permite participar da escolha de nossos representantes para os cargos dos Poderes Executivo e Legislativo. A participação é, então, inerente à democracia, logo é necessário que sempre estejam em debate não apenas as formas de estimular, bem como de possibilitar a participação. O ato de participar vinculado apenas ao voto, isto é, à limitação à participação consultiva é pouco para uma sociedade democrática, buscamos, desse modo, encontrar outros modos de participar em que o cidadão tenha sua voz ouvida não apenas no que diz respeito ao cenário eleitoral.

Eduardo Navarro Stotz (2019), assim como a OPAS, faz uma leitura do conceito de forma polissêmica. Para Stotz (2019), há um sentido mais estrito, atribuindo um caráter político, se relacionando com a democratização ou participação ampla, por parte dos cidadãos, nos processos de tomada de decisão. Esse sentido mais político dialoga com o entendimento da OPAS, a qual faz uma correspondência com a democracia. Já a definição mais ampla do conceito diz respeito à importância que os indivíduos têm de aderir à organização da sociedade.

Segundo Stotz (2019), ao observar o conceito por meio do ponto de vista sociológico, é possível verificar o seu caráter relacional e polissêmico, visto que há relação tanto com coesão social quanto mudança social.

Para aprofundar ainda mais o conceito, recorreremos ao livro “O que é participação”, do paraguaio Juan Díaz Bordenave, importante comunicólogo, reconhecido como um dos fundadores da educomunicação. Para o autor, a publicação foi uma tentativa de organizar uma referência sobre o tema da participação já que, segundo ele, a literatura era escassa até o início da década de 1980 (BORDENAVE, 1983).

O texto de Bordenave, datado de 1983, representa o contexto no qual não apenas ele, enquanto cidadão paraguaio, estava inserido. Vivia-se na América Latina um período marcado por ditaduras militares, que vinham se enfraquecendo formando um cenário favorável à redemocratização. A participação foi uma importante reivindicação da época pois,

segundo o autor, emergiram importantes movimentos populares que se levantaram contra os regimes autoritários que negavam o direito do povo à participação (BORDENAVE, 1983).

Bordenave (1983) diz que *participar*, etimologicamente, tem relação com a palavra “parte”, englobando as seguintes ações: “fazer parte”, “ter parte”, “tomar parte”. O autor entende que nós não somos uma ilha e que vivemos agrupados. Afirma que a participação é inerente à natureza humana, sendo uma prática que vem acompanhando a nossa evolução, como uma necessidade fundamental do ser humano, a exemplo da saúde. Bordenave destaca que somente em uma sociedade na qual se permita e facilite a participação de todos é que seria possível desenvolvermos nosso potencial pleno (BORDENAVE, 1983).

Ao aprofundar sua análise sobre a participação, o autor entende que ela é formada por duas bases complementares as quais deveriam estar em equilíbrio: a base afetiva e a base instrumental. A primeira é justificada por nosso interesse pela participação ser resultado do prazer que temos em fazer coisas junto à outras pessoas. Já a segunda se refere à eficácia e à eficiência do “fazer com” em grupo quando comparado ao fazer sozinho. Nesse sentido, podemos estabelecer um diálogo entre o comunicólogo, Paulo Freire e Donna Haraway, quando os autores percebem o mundo de forma relacional e defendendo um “estar com” seja entre os humanos, no caso da literatura de Freire (1995), e incluindo os não humanos, mais que humanos de Haraway (2016). Observamos a partir das bases apresentadas por Bordenave (1983) que o afeto desenvolvido pelas relações é um aspecto importante da participação.

É possível complementarmos essa ideia dos afetos com Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) que, inspiradas pelo pensamento do filósofo Baruch Spinoza, afirmam que os encontros geram potências de agir, isto é, afetos, que incluem um “afetar” que não necessariamente é positivo. Podemos entender o conceito da base afetiva em sintonia com o que as autoras afirmam:

Quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe à nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria e nossa potência de agir é ampliada e favorecida (MENDES, PEZZATO E SACARDO, 2016).

Stotz (2019), ao se referir ao ponto de vista sociológico do conceito da participação, dialoga com as bases apresentadas por Bordenave (1983), ao argumentar que a participação se constitui a partir de determinada ação que mobiliza o sujeito emocional, intuitiva e racionalmente, o que podemos interpretar como a soma das bases afetiva e instrumental.

Bordenave (1983) lista algumas vantagens do investimento na participação, das quais destacamos:

- do ponto de vista progressista, facilita o desenvolvimento da consciência crítica da população, fortalece o poder de reivindicação, além de preparar o cidadão para adquirir mais poder na sociedade;
- ajuda a encontrar soluções para problemas os quais o indivíduo não conseguiria resolver contando unicamente com suas forças;
- permite a resolução de conflitos de uma maneira pacífica e satisfatória para todas as partes envolvidas;
- garante que se controle as autoridades, entendendo que quando a população fiscaliza os serviços públicos, esses tendem a melhorar;
- para organismos oficiais, utilizar um “planejamento participativo” os auxiliam a prestar serviços que são mais aceitos, através da percepção de suas próprias necessidades, a partir da participação. Segundo autor, o planejamento participativo pode gerar projetos de relevância para a população. Em nosso contexto, temos o exemplo da Política Nacional de Participação Social, desde maio de 2014;
- para o indivíduo em si, a participação permite a interação com outros humanos, auto expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, e valorização de si mesmo pelos outros.

Outra forma funcional para a compreensão do que é a participação é entender o que seria o seu oposto. Segundo Bordenave (1983), a participação é contrária à marginalização, a qual é definida pelo autor como o processo de ficar de fora, às margens de um processo, significando que o indivíduo “marginal” é aquele que não intervém na sociedade. Desse modo a intervenção é assumida como um elemento importante para exercer a participação visto que, para o comunicólogo, esta consiste em uma intervenção ativa na construção da sociedade, podendo ser feita a partir da tomada de decisões e de atividades sociais (BORDENAVE, 1983).

Nesse sentido, sendo a marginalização o processo de colocar à margem alguns setores da sociedade, negando-lhes a possibilidade de intervenção, a participação, conforme Bordenave (1983), se constitui como um processo coletivo transformador, até mesmo contestatório, a partir do qual os que estão em posição de marginalizados passam a se incorporar à vida social por direito próprio. Esse processo, de acordo com o autor, envolve a presença ativa e decisória em processos de produção, distribuição, vida política, consumo e criação cultural (BORDENAVE, 1983).

Como objetivo final e ambicioso da participação, Bordenave (1983) identifica a “autogestão” que se relaciona com uma certa autonomia dos setores da população aos poderes do Estado e das classes dominantes. Entendemos assim que a autonomia é um resultado do processo participativo. O autor enfatiza que tornar o cidadão mais autônomo não significa caminhar para a anarquia, mas sim aumentar sua consciência política, o controle popular e o grau de legitimidade do poder público a partir de respostas mais fiéis às necessidades da população (BORDENAVE, 1983).

Acreditamos que Bordenave (1983) desenvolve seus argumentos com base em um contexto de esperanças em meio aos processos de redemocratização. Atualmente, mais de 30 anos do processo brasileiro seguimos enfrentando a questão da marginalização já que muitos cidadãos ainda estão excluídos da sociedade democrática. Neste trabalho é possível confirmarmos essa colocação, pois no campo prático atuamos junto a um grupo de pessoas que vivem marginalizadas na cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com Bordenave (1983), a participação apresenta duas escalas: a microparticipação e a macroparticipação. Podemos entender a diferença entre ambas, a partir da noção de que a primeira seria uma associação voluntária de duas ou mais pessoas engajadas em atividades comuns, cujos objetivos não são pessoais e imediatos. Como exemplo estão a família e as associações. Já a macroparticipação, segundo o autor, pode ser compreendida como *participação social*, indicando que está relacionada a uma visão mais larga e com objetivos que estão direcionados à sociedade como um todo, por exemplo, ao intervir em lutas sociais, políticas e econômicas. A macroparticipação é, então, a intervenção da população nos processos que constituem e transformam a sociedade (BORDENAVE, 1983).

A vista disso, é possível interpretarmos que uma sociedade participativa é a soma de micro e macroparticipações, sendo que em microescala estamos exercitando nosso aprendizado nas práticas participativas para atuar em macroescala, isto é, na participação social mais abrangente. Para o autor, é importante que a microparticipação seja vista como parte orgânica da macroparticipação pois sem essa noção, a democracia perde suas características participativas e cai no erro da democracia liberal de excluir a micro, resultando em um paternalismo e assistencialismo do sistema político geral.

Bordenave (1983) afirma que a soma das micro e macroparticipações seria uma utopia-força da participação, já que a marginalização não caberia mais na sociedade. Segundo o autor, aos sistemas educativos, tanto formais quanto não formais, caberia o desenvolvimento de mentalidades participativas por meio de práticas de participação. Podemos trazer Freire (1995) para essa discussão, ao afirmar que a conscientização é capaz de

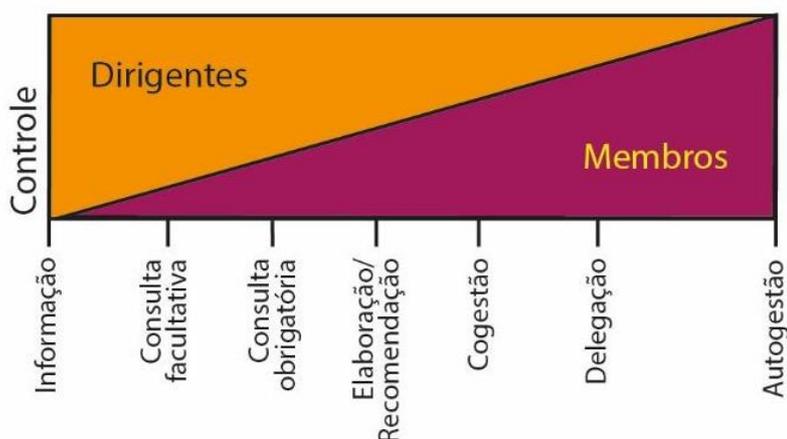
permitir a apropriação crítica dos indivíduos da posição ocupada, junto às demais, no mundo. De acordo com o educador, captar e atuar de forma crítica uma situação concreta está em consonância com uma prática libertadora. Dessa forma, podemos observar que o desenvolvimento de uma conscientização sobre a participação por meio das ações participativas configura uma educação libertadora.

É possível contrapormos Bordenave (1983) e Donna Haraway (2016) com a questão de micro e macro participações visto que o comunicólogo as separa e acredita que a soma seria uma utopia. Ao utilizarmos a ótica de Haraway (2016), podemos pensar que essas escalas estariam emaranhadas entre si. O que é micro faz parte do que é macro, assim como não teríamos macro participações sem a existência do que é micro, nesse sentido a participação também poderia ser representada pela figura de corda.

O mesmo ocorre quando Bordenave (1983) classifica a participação em sete tipos: participação de fato, o que fazemos naturalmente enquanto seres humanos; espontânea; imposta; voluntária: participação provocada; participação voluntária; dirigida ou manipulada; concedida. Na prática, esses tipos de participação podem ocorrer de forma conjunta. Um tipo não exclui o outro. No trabalho de campo desta tese será possível observar que há uma passagem de uma participação provocada, para manipulada e, por fim, voluntária.

Para analisar a participação, Bordenave (1983) destaca duas questões: qual o grau de controle os membros teriam sobre as decisões a serem tomadas; qual o nível da importância das decisões tomadas pelos participantes. O autor faz uma relação entre o controle, o papel de dirigentes e dos membros como uma forma de definição dos graus da participação. O menor grau seria a *informação* que, embora seja mínima a participação, Bordenave a considera pois há autoridades que sequer preocupam-se em informar algo. O maior grau seria a *autogestão* que, como observamos anteriormente, é o objetivo maior da participação e que está diretamente relacionada à autonomia. O gráfico a seguir, embasado na imagem proposta no livro de “O que é a participação?” (1983) ilustra a vinculação entre os graus, o controle, os membros e os dirigentes:

Gráfico 1 – Graus de participação.



Fonte: Bordenave, 1983.

O grau mínimo da *informação* leva em consideração a reação dos membros ao que foi recebido que, algumas vezes, é levada em conta pelos superiores. O segundo grau, *consulta facultativa*, é o ato de consultar os subordinados através da solicitação de críticas, sugestões ou coleta de dados para resolver determinado problema (BORDENAVE, 1983). No caso da consulta obrigatória, os subordinados são consultados em ocasiões específicas, mas a decisão final é tomada pelos dirigentes.

Nos graus mais avançados encontramos a *elaboração* em que os subordinados têm a possibilidade de elaborar propostas e fazer recomendações que podem ou não serem aceitas pela administração, tendo estes a obrigação de justificar a decisão. Mais acima, encontramos a *cogestão* na qual a administração da organização é compartilhada entre os membros, significando que todos influenciam diretamente em um plano de ação e tomadas de decisão, por meio de comitês e conselhos.

Nas *delegações* a participação é um grau em que os administrados têm autonomia em determinados campos ou jurisdições. Há a definição de certos limites pela administração em relação ao poder de decisão, porém, para que exista a delegação real, é essencial que todos os delegados tenham completa autoridade para que não seja necessário consultar superiores. A *autogestão* é o grau mais elevado e é definida pela determinação, por parte dos membros, de seus objetivos, meios e estabelecimento de controles pertinentes sem que haja uma referência a autoridades externas. Não há diferença entre administradores e administrados já que é uma autoadministração.

Com relação a outra questão-chave que é a importância das decisões das quais os membros de um grupo podem tomar, Bordenave (1983) a organiza em seis níveis, do mais alto ao mais baixo, conforme a tabela a seguir:

Tabela 1 – Nível de importância das decisões (BORDENAVE, 1983)

<b>Nível</b>	<b>Ação que determina a importância</b>
1	Formulação da doutrina e da política da instituição.
2	Determinação de objetivos e estabelecimento de estratégias.
3	Elaboração de planos, programas e projetos.
4	Alocação de recursos e administração de operadores.
5	Execução de ações.
6	Avaliação de resultados

Fonte: Bordenave, 1983.

O autor afirma que, em geral, quando ocorre uma disposição relativa à participação nos níveis cinco e seis, que seriam as execuções de ações e as avaliações dos resultados, há uma restrição da participação a alguns membros, como líderes.

Bordenave (1983) argumenta que na democracia participativa há um cenário favorável para que a população atinja os níveis cada vez maiores de participação nas decisões. Assim, conforme o autor, a separação entre os que planejam e decidem e aqueles que executam e sofrem as consequências deixa de existir, isto é, há uma horizontalização oportunizada pelos processos participativos.

Ao logo do livro, o autor afirma que há algumas forças atuantes na dinâmica participativa e, compreendê-las seria importante para a aprendizagem e o aperfeiçoamento das práticas, pois não nascemos sabendo participar, embora seja uma necessidade básica humana. O autor afirma que as dinâmicas da microparticipação são diferentes daquelas voltadas à macroparticipação, mas que é possível encontrarmos alguns denominadores comuns. Destacamos a seguir algumas das forças apresentadas por Bordenave (1983):

- a) instituições sociais: somos fortemente influenciados pela família, educação, religião;
- b) diferenças individuais: cada membro tem sua maneira de participar e as diferentes formas são positivas para o grupo;
- c) atmosfera geral: pode ser autoritária, democrática ou permissiva, afetando a produtividade do grupo, o grau de satisfação e o de responsabilidade dos envolvidos;
- d) diálogo: considerado pelo autor a maior força para a participação, vai além da conversa, é fala e escuta, passando por uma relação empática de se colocar no

lugar do outro visando entender os pontos de vista, o respeito às opiniões, partilhar informações, dividir experiências, tolerar discussões mais longas.

- e) desigualdade: força que contribui negativamente para a participação, pois o diálogo verdadeiro só seria possível entre os iguais ou aqueles que têm desejo em se igualar.

Segundo Bordenave (1983) há ainda algumas ferramentas operativas da participação classificando-a simbólica ou real. A participação simbólica seria a influência mínima que o grupo exerce em decisões e operações, mantendo-se a ilusão de que há algum poder. A participação real é definida pela influência dos membros em todos os processos relacionados à vida institucional, mesmo havendo diferenças nas formas de participar. Essas diferenças são identificadas pelo autor como duas funções distintas, porém indispensáveis: agentes expressivos, que seriam artistas, filósofos, comunicadores, e agentes instrumentais, técnicos e profissionais (BORDENAVE, 1983). Essa classificação é interessante para debatermos a participação popular nas políticas brasileiras, será que temos uma democracia participativa real?

Ao buscarmos desenvolver processos mais horizontais, tanto os designers quanto os cidadãos podem transitar entre agentes expressivos e os agentes instrumentais. Identificamos, dessa forma, o “design muda do abacate”, encontrando mais uma conexão com Paulo Freire (1995), por entendermos que as diferentes possibilidades de atuação como agentes reforça o papel da participação como uma forma de garantir que todos que fazem parte sejam sujeitos capazes de transformar o mundo, confirmando a potência libertária da participação.

Considerando a necessidade da concretização da participação real, o autor destaca que algumas ferramentas operacionais são indispensáveis. Essas ferramentas nada mais são que os processos pelos quais o grupo realiza suas ações transformadoras tanto em seu ambiente quanto em seus próprios integrantes (BORDENAVE, 1983). Para este trabalho, selecionamos a seguir algumas opções que nos auxiliam a atender os objetivos aqui propostos.

- a) Conhecer a realidade:

Seria uma primeira ferramenta operacional considerando a importância que há no conhecimento da realidade objetiva, além de a necessidade do grupo ou comunidade conhecer a si próprios, suas percepções, valores e crenças. Esse conhecimento atenderia a alguns objetivos como: criação de saber, conscientização, solução de problemas, capacitação.

Podemos complementar a questão do “conhecer” com Freire (1995), que argumenta que é um ato que demanda que o sujeito tenha uma presença curiosa no mundo, uma busca

constante, invenção e reinvenção, reflexão crítica sobre o ato de conhecer. O autor enfatiza que conhecer é uma tarefa de sujeitos e não de objetos.

O sujeito também é importante um ator para a ferramenta a operacional proposta por Bordenave (1983). O comunicólogo afirma que é possível refletirmos sobre o conhecimento a partir da ideia de que é um problema de pesquisa no qual deveríamos investir em metodologias participativas em que os membros do grupo devem ser atores das ações capazes de transformar suas realidades, assumindo também o papel de pesquisadores, sujeitos e protagonistas, reforçando a visão de que o indivíduo não deve ser objeto (BORDENAVE, 1983). É dessa ferramenta que, de acordo com o autor, surgem as Pesquisas Participativas cujos resultados são aproveitados pela comunidade. Bordenave (1983) exemplifica com a Pesquisa-Ação, Pesquisa Temática, Pesquisa Militante. Atualmente, podemos incluir também a Pesquisa Intervenção, sobre a qual discorreremos mais adiante.

b) Comunicação:

O autor afirma que sem a comunicação não existe participação e que, para que haja a intervenção das pessoas na tomada de decisão, é fundamental que tenhamos dois processos comunicativos: *informação* e *diálogo*. Bordenave (1983) entende que a participação democrática depende de canais institucionais, os quais se dividem em três posições. O primeiro lugar seria o da informação pois, conforme argumenta o autor, não é possível desenvolver uma participação popular sem que haja informações pertinentes e abundantes sobre determinados problemas, planos e recursos públicos. O segundo seriam os canais de consulta e o terceiro aqueles em que a população tenha a possibilidade de reivindicar ou protestar. Todos esses canais devem ser visíveis com fácil e amplo acesso e de contato frequente. É importante também que seus limites sejam claramente definidos (BORDENAVE, 1983).

Com relação às tecnologias de comunicação, ao comunicólogo destaca que esta barateou os custos dos equipamentos na década de 80. Bordenave (1983) destaca a importância da comunicação radiofônica e em particular das rádios comunitárias para a democratização da informação além das que, naquela época, eram utilizadas pelas classes mais populares como o teatro popular, as canções de protesto e os jogos de simulação (BORDENAVE, 1983). No caso das favelas cariocas, rádios comunitárias são tecnologias utilizadas pelos moradores.

A participação da população na democracia, de acordo com o autor, em um futuro o qual podemos enxergar como nosso presente (2020), visto que o seu texto foi escrito há mais 30 anos, depende da adequada utilização da comunicação, seja em pequenos grupos ou a nível de massas do território do país. Essa colocação de Bordenave (1983) é bastante pertinente

para nossa atualidade pois contamos hoje com a internet, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), tais como os *smartsphones*, as redes sociais e os aplicativos de trocas mensagens que desempenham importante papel na comunicação mundial, e que, no entanto, sofrem problemas graves quanto à má utilização a exemplo das notícias falsas que se espalham rapidamente via redes sociais.

O campo da saúde brasileira vem enfrentando essa problemática do uso irresponsável das TICs como o compartilhamento de informações inverídicas sobre vacinação, resultando em um novo movimento antivacina, bastante preocupantes já que alguns pais estão deixando de vacinar seus filhos. Para reduzir o problema, o Ministério da Saúde brasileiro criou um canal, via *Whatsapp*, em que o cidadão pode verificar a veracidade da informação. Refletindo sobre a participação, podemos nos questionar se os processos participativos na saúde pública não poderiam funcionar também como mais uma ferramenta que enfraqueceria a produção e o compartilhamento de notícias falsas, por estimular a conscientização e o pensamento crítico.

#### c) Educação para participação

Bordenave (1983) reitera algumas vezes em seu livro que a participação pode ser aprendida e aperfeiçoada, destacando que os meios pelos quais isso ocorre é pela prática e reflexão. O autor argumenta que a qualidade da participação aumenta à medida que são trabalhados os seguintes fatores: conhecimento das suas realidades; o exercício da reflexão; superação de contradições reais ou aparentes; identificação de premissas latentes; antecipação de consequências; entendimento de novos significados das palavras; distinção de efeitos e causas, observações de inferências além de fatos e julgamentos; aprendizado de como manejar conflitos; elucidação de sentimentos e comportamentos; tolerância a divergências; respeito às opiniões; adiamento de gratificações (BORDENAVE, 1983).

Incrementar a qualidade da participação, segundo o autor, também pode ser feita quando aprendemos a organizar e coordenar encontros, assembleias e mutirões; a formar comissões de trabalho; investigar problemas; usar meios e técnicas de comunicação; elaborar relatórios (BORDENAVE, 1983).

Bordenave (1983) chama atenção para a complexa agenda da participação, mas argumenta que, como vantagem, está a forma de aquisição das expertises listadas anteriormente: a chamada *práxis*. Elevar a qualidade da participação, de acordo com autor, é resultado de um processo no qual estão mescladas a prática, a técnica, a invenção e a teoria, e suas disposições à serviço da “*luta pelos objetivos do povo*”.

Podemos verificar também no texto de Bordenave (1983) que é também objetivo da educação para a participação o ensino do “rejeitar”, que seria, por exemplo: identificar as tentativas de manipulação; superar a demagogia; saber diferenciar a verdadeira participação de simples consulta ao cidadão. O autor destaca que aprender a participar não é algo que vamos encontrar na educação tradicional, considerando que essa se caracteriza pela simples e pura transmissão de conteúdo, além de uma moldagem do comportamento humano com base no pré estabelecimento de objetivos. Identificamos assim uma semelhança entre a educação tradicional apontada por Bordenave (1983) e a extensão como debatida por Freire (1985) no caso da relação agrônomo-camponês. Nesse sentido, é necessário caminhar no sentido de lutar por uma educação libertadora cuja participação é fundamental para que ocorram transformações de fato.

Por fim, entendemos pela leitura de Bordenave (1983), que a participação é mais um processo e não um conteúdo a ser passado e, por isso, a prática é fundamental. O autor enfatiza que o aprendizado da participação não é realizado em um mero treinamento, mas sim por uma vivência coletiva, isto é, aprende-se por meio da práxis grupal. Segundo Bordenave (1983): “Parece que só se aprende a participar, participando”.

### 1.2.2 O design com

#### 1.2.2.1 Design com outras disciplinas

O encontro entre design e outras disciplinas foi pauta do Seminário *Design.com*, realizado em três edições na Escola Superior de Desenho Industrial. De acordo com Szaniecki et al (2017), contando com a participação de pesquisadores, não apenas designers, os debates abordaram três pontos: “as *articulações do design com outros saberes e fazeres*”; “as *expansões do design pela cidade entendida ela mesma como um espaço-tempo com dimensão real e virtual*”; e as conexões do design com outros atores.

Em 2017, o Seminário partiu da ideia de que as articulações do design com outras disciplinas são capazes de constituir uma ecologia de saberes e fazeres, criando possibilidades de produzir vidas mais saudáveis e sustentáveis, utilizando a imaginação e a criatividade. Essas

articulações, pautadas por uma ecologia de práticas, dizem respeito à produção de processos tanto plurais quanto colaborativos, entre humanos e não humanos.

Com relação às conexões, Szaniecki et al (2017) destacam que, em nosso cenário atual, os designers se veem diante da complexidade crescente do nosso mundo contemporâneo. Para as autoras, apreender essa complexidade demanda cartografias e outros modos de verificar bem como de produzir conexões.

O terceiro ponto abordado, em 2017, expansões do design, debateu a cidade e a possibilidade de “comuns” urbanos”, considerando que a cidade contemporânea emerge como um território fértil onde é possível expandir as fronteiras de atuação do designer.

Em 2018, o Seminário Design.com direcionou a pauta das articulações, conexões e expansões para a temática dos modos de fazer e pesquisar. Os debates foram divididos entre três tópicos: compreender e praticar cartografias; modos de apreender processos, estando as copesquisas voltadas para o *pesquisarCOM*; e as narrativas e sua importância e papel criador das na pesquisa (TIBOLA et al, 20198).

O seminário Design.com guarda relações com a simpoiésis de Donna Haraway, alimentando o que Szaniecki et al (2019) defenderam ser o design simpoiético. Por meio dos dossiês publicados pela revista Arcos Design (publicação vinculada à UERJ), é possível identificar diversas formas pelas quais é possível fazer com por meio do design, pautando-nos pela transdisciplinaridade. No caso desta pesquisa, buscamos um design com o campo da saúde.

#### 1.2.2.2 Design com as partes interessadas

A participação ganha atenção especial no campo do design a partir do Design Participativo (DP). De acordo com Robertson e Simonsen (2013), o DP nasceu nas décadas de 1960 e 1970, em um contexto marcado por movimentos políticos, sociais e de luta por direitos civis, em que se demandavam mais participação na tomada de decisões. Em 1972, durante a Conferência *Design Participation*, Nigel Cross identificou que se faziam necessárias novas abordagens para o design voltadas para deter os problemas que surgiram do mundo criado pelo homem moderno, acreditando que a participação do cidadão na tomada de decisões teria condições de fazer uma reorientação (CROSS, 1972, apud SANDERS E STAPPERS, 2008).

Bannon e Ehn (2013), destacam que podemos explorar o campo iniciando pela análise dos termos que o denominam. Os autores entendem que 'participativo' é autoexplicativo, tendo relação com a participação das partes interessadas, tais como desenvolvedores, planejadores e, especialmente, os usuários, na criação, ou cooperação, no desenvolvimento de diversos tipos de “produtos” (sistemas, artefatos e tecnologias), com o objetivo de ajustá-los de forma mais adequada às necessidades dos que os utilizarão.

De acordo com Bannon e Ehn, podemos encarar a participação enquanto uma ideologia, além de se referir a questões ligadas à ética, política, ao empoderamento, à democracia. Desse modo, entendemos que o Design Participativo dialoga com Stotz (2019) e Bordenave (1983), pois confirma, por meio das práticas, a participação como um elemento democrático. O termo “design”, conforme os autores, está se referindo à prática, levando em consideração que é necessário fornecer meios que possibilitem o envolvimento das pessoas, respeitar as diferentes vozes, incluir outros modos além de técnicos ou verbais, preocupar-se com a improvisação e a avaliação contínua durante o processo de design (BANNOS; EHN, 2013).

É possível observarmos que a democracia tem papel fundamental no Design Participativo desde o início de sua formação enquanto campo de práticas. Segundo Binder et al (2015), o DP surge na Escandinávia a partir dos anos 1960 como parte do movimento chamado por Michell Callon de “democratização da democracia”. Kensing e Greenbaum (2013), identificam a democracia dentre as raízes do PD, tendo como uma das principais influências o trabalho de John Dewey, filósofo e pedagogo norte americano, que buscava estimular o engajamento ativo em práticas voltadas para a criação e preservação da democracia. Os autores afirmam que a visão de Dewey extrapola o design centrado no usuário ou o envolvimento de usuários nos processos de design, não se restringindo à obtenção e retenção de conhecimento por parte das pessoas. Nesse tipo de trabalho, o conhecimento é utilizado para fins amplos e fundamentais, tais como os direitos democráticos. Sanders e Stappers (2008) complementam Kensing e Greenbaum (2013) afirmando que o design centrado no usuário não consegue abordar a escala, ou complexidade, dos desafios atuais. Para os autores não estamos mais apenas projetando objetos e serviços para os usuários, mas sim experiências futuras para pessoas, comunidades e culturas.

O aprendizado também é elemento fundamental nos processos de participativos de design. Robertson e Simonsen (2013) confirmam essa afirmação, definindo o DP como:

Um processo de investigar, compreender, refletir, estabelecer, desenvolver e apoiar a aprendizagem mútua entre múltiplos participantes na "reflexão-em-ação" coletiva. Os participantes normalmente assumem as duas funções principais de usuários e designers, onde os designers se esforçam para aprender as realidades da situação dos usuários, enquanto os usuários empenham-se em articular seus objetivos desejados e aprender

meios tecnológicos apropriados para obtê-los (ROBERTSON E SIMONSEN, 2013, p. 02)

Nos processos participativos, afirmam Robertson e Simonsen (2013), os conhecimentos e entendimentos de todos os participantes são aumentados, significando que, para os usuários aumenta-se o aprendizado sobre tecnologia, enquanto para os designers crescem conhecimentos sobre os usuários e suas práticas. Para todos os participantes há o aprendizado sobre design de tecnologias.

Garantir que grupos marginalizados tenham voz e que, nos processos de tomada de decisão, sejam considerados é identificado por Robertson e Simonsen (2013) como um dos principais compromissos do DP. Nesse sentido, os autores identificam que a motivação é democrática e emancipadora, sendo necessário que as pessoas que serão afetadas por determinado projeto, tenham a oportunidade de intervir tanto no processo de design das tecnologias, quanto nas práticas que envolvem seu uso. Esse seria um direito básico humano, a partir do qual os designers participativos devem buscar assegurar que sejam usados os melhores processos, ferramentas e práticas, encaminhando-se para as soluções de design democráticas e inclusivas (ROBERTSON; SIMONSEN, 2013).

Cabe fazer uma crítica quanto à ideia de “dar voz” defendida pelos autores. Tendo o design participativo relação direta com a democracia, operando por meio de uma aprendizagem mútua, é importante termos cuidado com a questão das vozes. A crença de que o design dá voz pode não representar uma prática libertadora, embasando-nos em Freire (1995), pois atribui ao designer uma noção de que ele é um “deusigner”, podendo trazer componentes manipuladores para as práticas. Essa é uma questão que se assemelha à problematização da conscientização como uma prática não libertadora, representando, na realidade, uma relação de poder.

Todos temos vozes. O que ocorre, na realidade, é a recusa da escuta, é a marginalização de certas vozes. Tibola (2014) traz em sua tese uma importante reflexão sobre a escuta, que complementa a problemática de “dar voz”. Para a autora, “escutar”, nesse contexto, vai além dos sentidos dos órgãos, relacionando-se com afetar e ser afetado (TIBOLA, 2014).

Para atuarmos por meio do DP e, portanto, de forma democrática e emancipadora, devemos voltar nossos esforços para fazer com que essas vozes sejam ouvidas pelos próprios participantes, amplificando-as, e por aqueles em uma relação opressiva, não as ouvem.

É possível complementarmos essa questão das vozes com o entendimento de Sanders (1999) sobre o Design Participativo. A autora afirma que ele vai além da prática, ou mesmo

de uma metodologia se comportando como mentalidade e atitude direcionada ao usuário e à sociedade. Sanders (1999) entende que o DP não se restringe à simples consulta ao usuário, desenvolvendo tanto um sentimento de empatia, quanto formas de imersão no contexto no qual deseja trabalhar.

Robertson e Simonsen (2013) entendem que o DP deve se esforçar para investigar, entender e praticar a chamada “participação genuína”, a qual se refere a uma “*transcendência fundamental dos usuários de ser meros informantes a ser legítimos e reconhecidos participantes no processo de design*”. Dessa forma, os autores destacam que a preocupação do design participativo com o “como”, isto é, com as práticas de design, não deve se embasar por regras, fórmulas ou definições escritas, mas sim comprometer-se com os princípios fundamentais da participação em design, convidando os usuários para discutir e refletir de forma coletiva, por meio de ferramentas que tornam possíveis construir coletivamente (ROBERTSON; SIMONSEN, 2013).

O termo *Codesign* surge também como uma abordagem de um “design com”, representando um conceito mais recente, segundo Sanders e Stappers (2008). O codesign seria uma instância da cocriação, representando um processo criativo voltado para o desenvolvimento de projetos em que trabalham conjuntamente designers e pessoas que não tem a formação de designer, no qual há a aplicação da criatividade coletiva em todas as fases de um projeto. Matt Eriksen Agger Eriksen (2012) destaca que o prefixo ‘co’, antes da palavra design, indica que o design é feito com e não para outros, como seria no design industrial comum.

Manzini (2017), no livro *Design: Quando todos fazem design*, traz uma visão do codesign como um diálogo amplo e multifacetado no qual estão implicados indivíduos e grupos que começam uma atividade de design dentro de suas redes, traduzido pelo autor. Trata-se de “*um diálogo social no qual diferentes atores interagem de diferentes maneiras (da colaboração ao conflito) e em diferentes momentos (em tempo real ou off-line)*” (MANZINI, 2017).

Embasando-se na experiência de Pelle Ehn junto ao grupo Medea (da Universidade de Malmö, na Suécia), Manzini (2017) afirma que os processos de codesign podem ser caracterizados da seguinte maneira: “processos altamente dinâmicos”, englobando uma visão mais tradicional do codesign, sendo capaz de ir além, tornando-se complexos, interconectados e até mesmo contraditórios; “atividades criativas e proativas”, em que o designer atua como mediador entre interesses diferentes, facilitador de ideias e iniciativas de outros participantes, e utiliza sua criatividade e cultura de “especialista em design” como desencadeadoras de diálogo social, alimentando-o com novas ideias; “atividades complexas de design”, que

seriam aquelas que precisam de ferramentas específicas a partir das quais os especialistas em design se responsabilizam pela concepção e criação (MANZINI, 2017).

Bom Ku e Ellen Lupton (2020), no livro *Health Design Thinking: Creating products and services for better Health*”, destacam que, no codesign voltado para a temática da saúde, cada membro da equipe de design tem conhecimentos mais aprofundados sobre suas experiências. Os autores defendem que os indivíduos que experienciam doenças, lesões e deficiências são experts em suas condições de vida, assim, o codesign injeta essas expertises nos processos de design tornando o paciente também pode ser um profissional, um médico, um especialista em saúde, ou mesmo um porta voz (KU; LUPTON, 2020)

Ku e Lupton (2020), destacam que o codesign deve ser integral, estando presente em todas as fases, desde o projeto à interpretação de determinada pesquisa. Como ferramentas, os autores incluem entrevistas, fotografias, questionários, atividades de brainstorming. Ku e Lupton (2020) enfatizam que o codesign demanda esforço, devendo o paciente estar interessado e apto a contribuir com seu tempo e expertise.

Manzini e Jégou (2008), trabalham com a ideia das comunidades criativas, grupos de pessoas que pensam de forma cooperativa soluções inovadoras para inventar, gerir e melhorar a forma de se viver, rompendo com os modelos dominantes de pensar e fazer. Para isso, são combinadas demandas colocadas pelos problemas da vida cotidiana contemporânea e oportunidades. Os autores incluem nessas comunidades os “codesigners”, como os usuários que participam na produção de serviços colaborativos, e os coprodutores, que estão relacionados às empresas colaborativas, através da melhoria de serviços com base na relação direta com seus consumidores/usuários. Manzini e Jégou (2008) destacam também o conceito de Cidadãos colaborativos, que seriam grupos de pessoas que se juntam para resolver problemas ou criar oportunidades.

Trazendo uma pitada de “latinoamericanização” para discutirmos as práticas participativas no design, podemos pensar a participação a partir das possíveis relações entre o termo “participativo”, ao qual os escandinavos se referem, e os tipos de participação propostas por Bordenave (1983). A leitura de Robertson e Simonsen (2013) nos indica que não seria da natureza do DP as participações impostas ou manipuladas, mas sim as participações do tipo espontânea, voluntária ou mesmo provocada.

A partir dessa noção, retomamos Freire (1983) para enfatizar que a participação no design deve ser estimulada por uma postura curiosa em face do mundo dos envolvidos no processo, em que todos atuam como sujeito. Pensar a participação dessa forma é uma tarefa delicada em que é preciso medir nossas ações para termos cuidado para não criar um ambiente de participação

manipulada. Nesse sentido, temos a possibilidade de olhar para o codesign como uma ferramenta operacional da participação na qual estão incluídos o “conhecimento da realidade” e a “educação para participação”, propostas por Bordenave (1983). Essa visão se justifica por ambas considerarem as realidades, a criação de saberes, a conscientização, a práxis, como uma “reflexão-em-ação” coletiva voltada para a “luta dos objetivos do povo”, tal como podemos olhar para a democracia (BORDENAVE, 1983; ROBERTSON; SIMONSEN, 2013).

O debate de Freire sobre a questão do agrônomo extensionista é interessante para refletirmos sobre o uso do termo “usuários” para nomear aqueles que vão utilizar determinados serviços ou produtos, desenvolvidos por processos de design participativo, voltados para garantias democráticas. Entendendo que o conhecimento não é linear, no sentido único do designer para o “usuário”, há, na realidade, uma troca de conhecimentos, no qual o papel do “usuário” não é mais de objeto, mas sim de sujeito durante o processo. Desse modo, questionamos o uso do termo “usuário” nesses contextos, pois remete a um design centrado no usuário que, embora agregue alguma forma de participação, não há uma preocupação formal com questões democráticas, além de manter a relação de sujeito e objeto. Quando se trata de DP, é preciso que sejamos conscientes com relação ao papel de cidadão daqueles que vão usar determinado produto ou serviço, por esse motivo, trocamos o termo “usuários” por ‘cidadãos-designers’, considerando-os como sujeitos especialistas em seus contextos. Dessa forma, neste trabalho, olhamos para o encontro entre o design e a saúde como algo que vai além dos serviços, pautando-nos pela autonomia.

Para desenvolver práticas participativas de fato, destacamos duas ferramentas que são capazes de apoiar o DP, valorizando a “reflexão-em-ação” coletiva: os Dispositivos de Conversação e os Provótipos.

O Dispositivo de Conversação é uma ferramenta conceituada por Anastassakis e Szaniecki (2016), que tem como base o conceito de “dispositivo” cunhado por Michel Foucault. Giorgio Agamben (2005) resume o termo do filósofo francês em três pontos:

1) É um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico e não linguístico no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos. 2) O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder. 3) É algo de geral (um *reseau*, uma "rede") porque inclui em si a episteme, que para Foucault é aquilo que em uma certa sociedade permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é científico. (AGAMBEN, 2005).

Ao articular a ideia de dispositivos com a conversação, destacam Tibola et al (2017), está sendo proposto que o diálogo engajado funciona a partir da intervenção em uma situação específica, explicitando as relações de poder que compõe determinadas redes.

Anastassakis e Szaniecki (2016) afirmam que os dispositivos de conversação são “experimentos especulativos e intervencionistas de pesquisa para abrir diálogo e engajamento entre pesquisadores, estudantes e moradores dos espaços urbanos”, e guardam importante relação com o *Design Anthropology*, campo que combina design e antropologia. Nesse sentido, as autoras partiram da discussão de possibilidades de desenvolvimento de uma prática de pesquisa experimental cujo resultado seria uma antropologia por meio do design e um design orientado pela antropologia. Assim, os dispositivos carregam camadas antropológicas e de design transdisciplinar, que produzem qualidades, provocam conversas e ajudam na criação de novas formas de participação e engajamento.

O uso de dispositivos de conversação dá visibilidade às oportunidades de criação de espaços de imaginário coletivo de possibilidades alternativas para a cidade. Esses espaços criados desafiam forças dominantes e estabelecem novas formas de diálogo público ou conversações que contribuem para a construção de uma ponte transdisciplinar, reconectando pesquisa e sociedade (ANASTASSAKIS e SZANIECKI, 2016).

As autoras afirmam que, ao utilizar os dispositivos de conversação como ferramenta, o designer se engaja em investigações nas quais são também cidadãos, isto é, tornando-se cidadão-designers, atuando em relações de poder complexas. De acordo com Anastassakis e Szaniecki (2016) o designer também é capaz de contribuir em contextos de complexidades por meio de suas ferramentas profissionais.

A construção do conceito de dispositivos de conversação posicionou o designer como cidadão por meio de experimentos que foram realizados como visualizações, incluindo o que havia sido encontrado em campo. O conceito de “*Drawing things together*”, de Bruno Latour, o qual propõe agrupar coisas, incluindo elementos díspares, a partir do desenho, formando um conjunto coerente, inspirou as experiências. Por meio delas foram criadas imagens para estabelecer conversas com as pessoas conhecidas em campo, desenhando juntos possíveis visões alternativas de vida na cidade e considerando a participação cidadã (LATOUR, 2014; ANASTASSAKIS; SZANIECKI, 2016).

As autoras destacam importante diferença entre dispositivos de comunicação e de conversação. O primeiro seria usado por parte do governo – ou de algum outro tipo de fonte uníssona e hierárquica – e tem um caráter mais *top-down*, verticalizado, ou seja, sem participação cidadã e unilateral, enquanto o segundo é multilateral e horizontal, tendo uma dimensão transversal entre agentes heterogêneos com diferentes conhecimentos e práticas que criam aproximações transdisciplinares. Essa diferenciação é fundamental para essa pesquisa pois é desenvolvido um trabalho com o campo da saúde, experimentando formas alternativas

de promover saúde, em que o diálogo com o cidadão é elemento principal, divergindo da forma vertical do governo e seus dispositivos comunicacionais. Assim, de acordo com Anastassakis e Szaniecki (2016), os dispositivos de conversação são alternativas aos processos *top-down*, criando caminhos para democratizar a democracia, através do design.

O uso dos dispositivos de conversa relaciona-se com a operação por meio da ideia de “design things”, a qual Tibola et al (2017), embasando-se em Latour, não estaria restrita ao objeto enquanto “uma entidade de matéria ou fato consumado”, representando os “assuntos de interesse” e meios para que sejam originados novos agenciamentos socio-materiais, através da articulação de condições sociopolíticas (LATOR, 2005, apud TIBOLA ET AL, 2017). Embasando-se em Bjögvinsson (2012) e Koskinen (2011), Tibola et al (2017) enfatizam que “design things” são espaços de discussão e diálogos entre perspectivas heterogêneas; ferramentas e técnicas voltadas para agregar pessoas com o objetivo tanto de imaginar, quanto de analisar ideias; traduzem os interesses em linguagem compartilhada, com o intuito de fazer a mediação de questões bem como comunicar visões; encarregam-se do papel de mediação de investigações que têm objetivos relacionais abertos a interpretações.

Outra ferramenta utilizada é o Provótipo que, de acordo com Wendy Gunn e Jared Donovan (2012), são ferramentas utilizadas por uma linha do *Design Anthropology*, tendo relação direta com os processos de Codesign. Podemos entender os provótipos como um reposicionamento dos protótipos, que aparecem mais fechados e ao final do processo de design, colocando-se no meio da produção, de forma mais aberta e gerando reflexões críticas antes da finalização de determinado projeto.

Desse modo, os provótipos são artefatos voltados para visualização e debate sobre práticas já existentes e possibilidades futuras, tomando-se como base a experiência coletiva. Assim, eles se apresentam de forma incompleta para que sua construção seja coletiva, por meio de processos colaborativos, possibilitando durante sua própria produção a abertura de espaços para discussão e engajamento (DONOVAN & GUNN, 2012).

Os provótipos podem ser observados como dispositivos de conversação, pois abrem espaços de diálogos e reflexões. No entanto, um dispositivo de conversação só será um provótipo se for pensado como um artefato ou experiência “provotivado”, isto é, se assumir um formato de protótipo aberto e deslocado para o meio do processo. Faz-se necessário acrescentar que o “dispositivo de conversação” não se restringe a um artefato em si, e sim articula discursos, instituições dentre outras imaterialidades a partir das quais ele emerge.

### 1.3 Pesquisar com: design e métodos de pesquisa participativas

De acordo com Marisa Lopes da Rocha (2006), psicóloga e pesquisadora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), as pesquisas participativas surgem problematizando as investigações científicas tradicionais, enfatizando pressupostos que visam questionar as relações entre o investigador e o investigado. Thiollent (1987), importante nome da teoria da Pesquisa-ação (uma forma de pesquisa participativa), também ressalta a ligação entre pesquisador e investigado, afirmando que a investigação não deve ser realizada de forma indiferente às relações entre esses dois atores.

Rocha (2006) destaca que o conhecimento e a ação com relação à sociedade são formulados ao longo da pesquisa, acompanhando as análises e decisões coletivas, o que daria ao grupo com o qual se está trabalhando uma participação ativa. A autora entende que o conhecimento é construído agregando-se os saberes já elaborados e incorporados por meio dos pressupostos do pesquisador e o fazer como resultado contínuo que organiza a ação investigativa (ROCHA, 2006).

Rocha e Aguiar (2003) afirmam que transformar a realidade vivida não seria uma questão de aplicar corretamente os conhecimentos resultantes de hierarquias formalizadas, mas sim de operar por meio da interação entre o saber acadêmico apresentado pelo pesquisador e os saberes dos sujeitos individuais e coletivos que estão implicados na pesquisa. Pesquisas participativas, segundo Rocha e Aguiar (2003) demandam uma mudança de postura tanto do pesquisador, quanto dos pesquisados, pois são investigações embasadas em uma coautoria para identificar uma situação-problema e desenvolver formas de se resolver essas questões.

As autoras destacam ainda o contexto latino-americano no qual as noções de educação e cultura popular, participação e autonomia se destacam orientando as ações dos trabalhadores sociais em atividades dentro de escolas, questões de moradia bem como iniciativas no campo da saúde (ROCHA; AGUIAR, 2003). Assim, podemos observar que os pressupostos teóricos-metodológicos das pesquisas participativas são importantes para as pesquisas que têm como objeto as problemáticas que envolvem os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 (saúde, educação, moradia, trabalho, segurança), trazendo, a partir da participação, um estímulo à autonomia, o que é fundamental para uma conscientização não apenas sobre os direitos como também os modos de vida da população. Destacando a gama de modos de pesquisas participativas e como elas são importantes na América Latina, interessou-nos trabalhar com a pesquisa-intervenção tanto pelo fato de ser uma pesquisa que inclui

participação quanto por ter sempre em foco os cuidados para que essa noção de participação não se torne somente abstrata. Ao mesmo tempo, em sua proposta de uma pesquisa ativa aproxima-se das propostas dos dispositivos de conversações e dos provótipos.

No Brasil o termo “intervenção” carrega uma tensão em suas conotações, já que estão relacionadas à entrada da força policial do Estado em determinados locais, como as favelas, por meio de armamentos e carros blindados, causando tensão nos moradores e atribuindo ao termo uma carga bastante negativa. É preciso termos cuidado e responsabilidade ao usar esse termo nesta pesquisa. Por esse motivo, optamos por procurar entender os significados usuais dos termos “intervir” e “intervenção”, por meio da consulta ao dicionário Aulete Digital, e termos um entendimento mais objetivo sobre essas palavras.

Encontramos as seguintes definições para o verbo “intervir”: *1. Atuar com o intuito de influir (sobre questão ou matéria). 2. Fazer valer o seu poder ou sua autoridade. 3. Expressar, emitir opinião; Opinar. 4. Acontecer incidentalmente. 5. Estar presente, Assistir; Presenciar* (DICIONÁRIO AULETE DIGITAL, 2019).

Já o substantivo “intervenção” é definido como:

1. Ação ou resultado de intervir; INTERFERÊNCIA: *Foi nomeado graças à intervenção do ministro; Sua intervenção no debate foi esclarecedora.*
2. Intromissão ou interferência de um Estado nos assuntos de outro: *a intervenção anglo-americana no Iraque.*
3. Bras. Ato que permite ao poder central intervir num estado da federação, ou ao governo estadual fazer o mesmo em relação ao município, em função de grave irregularidade. (DICIONÁRIO AULETE DIGITAL, 2019).

O termo “intervenção” aparece também agregado a metodologias de pesquisa como a “Pesquisa-intervenção”, muito utilizada no campo da Psicologia, como também no próprio campo do Design, através do uso de suas ferramentas para atuar em determinado cenário. Desse modo, apresentamos a seguir o que os autores que trabalham com esses métodos de pesquisas entendem como “intervenção” e como seriam os seus *modus operandi*.

De acordo com Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), autoras envolvidas com a pesquisa-intervenção, a palavra não significa necessariamente uma intromissão ou um tipo de interferência verticalizada. Para as pesquisadoras, nesse contexto, a melhor definição para intervir seria “interpor-se” ou mesmo “vir entre”, pautando-se na articulação entre sujeito e objeto, teoria e prática, formação e aplicação do conhecimento.

A pesquisa-intervenção é um tipo de pesquisa participativa, entendida por Rocha e Aguiar (2003) pela ampliação das bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas a partir da proposição de uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social, dispondo-se a uma atuação transformadora da realidade sócio-política. Segundo as autoras, é uma forma de pesquisar que torna possível a construção de espaços de problematização coletiva aliada às práticas de

formação que potencializam um novo “pensar/fazer educação” (ROCHA; AGUIAR, 2003). Dessa forma, afirmam Rocha e Aguiar, a pesquisa-intervenção modifica o que seria o clássico enunciado da pesquisa-ação: “conhecer para anunciar” por “transformar para conhecer”; e posiciona o pesquisador como produtor de novos sentidos e novas interseções.

É importante destacar que trabalhar com a pesquisa-intervenção não significa mudar de imediato a ação instituída, pois, segundo Rocha e Aguiar (2003): “*a mudança é consequência da produção de uma outra relação, entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto*”. Dessa forma, a pesquisa-intervenção está mais voltada à uma expectativa que está relacionada à multiplicação de questões que possibilitam os pesquisadores a explorar outros caminhos junto à comunidade implicada (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A postura do pesquisador, entendendo que as pesquisas participativas se caracterizam pela modificação da sua relação com o pesquisado, na pesquisa-intervenção não é vertical impondo uma fórmula pronta ao cenário pesquisado. Rocha e Aguiar (2003) enfatizam que, nesse caso, a relação é dinâmica e determina os caminhos da pesquisa, a partir da produção do grupo envolvido. A intervenção, nesse caso, torna nítida que fazem parte do mesmo processo o pesquisador e o pesquisado (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Ao discorrer sobre a pesquisa-intervenção, Rocha e Aguiar (2003) propõem as metodologias coletivas para favorecer as discussões e a produção coletiva de forma a fragilizar as hierarquias burocráticas e das delimitações das especialidades que separam o cotidiano e segregam os profissionais. As condições para o desenvolvimento de um trabalho compartilhado são, então, ampliadas por meio da ação crítica e implicativa da pesquisa-intervenção. Nesse sentido, a pesquisa-intervenção se inicia a partir de dispositivos mobilizadores, sendo fundamental a participação ativa da comunidade comprometida na análise micropolítica ali produzida.

No campo do Design, Joachin Halse e Laura Boffi (2014), pesquisadores da área de estudo denominada *Design Anthropology*, argumentam que a palavra intervenção usada no cotidiano tem um sentido de interferência em eventos buscando atingir um objetivo, como um estado esperado a partir de uma força externa a exemplo da militar (o que representa bastante o contexto do bairro da Penha). No caso da pesquisa experimental, intervenção não estaria diretamente relacionada à resolução ou correção de conflitos e, sendo realizada por meio do design, funcionaria como um método de pesquisa cujo objetivo é possibilitar novas formas de experiência, diálogo e conscientização sobre uma problemática que emerge do campo, sem uma solução pré-configurada para um problema previamente definido (HALSE; BOFFI, 2014).

Os autores destacam ainda que as intervenções de design seriam uma forma de

investigação particularmente relevante para pesquisar fenômenos que não são muito coerentes, quase impossíveis (ou impensáveis) e totalmente sub-especificado porque ainda estariam em processo de conceitualização ou fisicamente articulado. Essas intervenções agregariam aos métodos de pesquisa já existentes, favorecendo e explorando as instabilidades e imaginações possíveis, através do emprego das virtudes empiristas de personificação, empatia e formas de documentação (HALSE; BOFFI, 2014).

De acordo com os pesquisadores, o objetivo não seria o de chegar a um fechamento, mas sim instigar reflexões sobre uma questão em contextos discursivos, utilizando os básicos métodos de design, essas intervenções são frequentemente lúdicas, experimentais e abertas à criação de um cenário no qual é possível explorar um determinado tópico sob uma nova luz. Verificamos, desse modo, junto com Tibola (2019) que há um diálogo entre as intervenções de design e a pesquisa-intervenção, visto essa também está aberta e com expectativa voltada para as questões que surgem durante o processo de investigação. Segundo Tibola (2019), os dispositivos de conversação seriam um modo de intervenção e uma ferramenta possível de pesquisa-intervenção, tanto o “design como intervenção” (HALSE; BOFFI, 2014) quanto a “pesquisa intervenção” (ROCHA; AGUIAR, 2003) não são métodos para apreender a verdade sobre as relações em campo, mas uma estratégia de complexificação: o pesquisador “não vai operar explicando, mostrando, visualizando, desembaraçando, esclarecendo”, mas “entrelaçando, embaraçando, engajando, ligando”.

Assim podemos perceber que o termo “intervenção” pode apresentar diversos significados e, por esse motivo, devemos analisar os contextos e as ações que envolvem determinada intervenção. No caso da aplicação do termo em métodos de pesquisa como a pesquisa-intervenção nos complexos cenários brasileiros, é importante prestar atenção em todas as escolhas de ferramentas de trabalho para que intervir não seja uma imposição, mas sim um fazer mútuo, mesmo porque se há alguma verticalização durante o processo, já não estamos fazendo uma pesquisa-intervenção, como também não estaríamos desenvolvendo intervenções de design corretamente.

É possível perceber também que as intervenções de design, conforme definidas por Halse e Boffi (2014), poderiam ser importantes aliadas na preservação da horizontalidade dos processos de pesquisa-intervenção. No caso deste trabalho experimentamos esse diálogo em campo, entendendo a necessidade de nos esforçarmos, enquanto pesquisadores, no sentido de estabelecermos relações mais horizontais nas quais os encontros, os diálogos e um “permanente refazer-se” que atinjam a todos, sejam favorecidos. Assim os debates sobre quem são os envolvidos nessas práticas e como são inseridos na pesquisa, são estimulados por

meio não apenas da pesquisa-intervenção como pela noção de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

As intervenções de design podem funcionar como práticas interessantes na pesquisa-intervenção voltada a saúde pois, através da ludicidade favorecida pelas práticas do campo do design, os encontros entre os envolvidos na investigação tornam-se ainda mais afetuosos deixando os participantes mais à vontade.

Por fim, acreditamos que a pesquisa-intervenção é bastante pertinente quando estamos nos referindo às pesquisas que unem campos distintos e que buscam construir laços por meio da participação. Para entender essas relações, é necessário acompanhar percursos, o que foi possível observar tanto no campo, que será abordado nos próximos tópicos, como na própria escrita desta tese, pois foi a partir da leitura sobre o SUS que foram surgindo pistas dos caminhos a serem seguidos no que tange a saúde brasileira. Nossas pistas eram a participação popular como diretriz do SUS e a inserção da participação nas questões de design. Dessa forma, neste trabalho não foi possível prever como se dariam os caminhos, ou aplicar um método previamente estabelecido, já que estamos experimentando os encontros entre o design, a saúde e participação, assumindo o compromisso com o desafio de não estabelecermos regras de antemão, pressupostos do codesign.

## **1.4 Design e saúde: a muda do abacate no Arranjo Local da Penha**

### **1.4.1. Participação, design e saúde formando a muda do abacate**

No início deste capítulo, observamos por meio do livro “*Can graphic design save your life*”, que o design contribui de formas significativas para o campo da saúde. Por outro lado, John Thackara (2008), em seu livro “*Plano B: o design e as alternativas viáveis em um mundo complexo*”, faz críticas a um olhar focado em questões tecnológicas para a assistência à saúde, entendendo que os pesquisadores buscam a inovação, tratando dos doentes ou incapacitados como apenas receptores dos serviços embasados pela tecnologia. No entanto, quando nos aproximamos do SUS e conhecemos a diretriz da participação popular, verificamos que temos um contexto que, em teoria, é capaz de nos aproximar da população,

nos colocando como atores (nós, designers e cidadãos) durante o desenvolvimento dos processos voltados para a saúde, inspirando-nos pela cocriação e pelo codesign.

O design de serviços, por integrar comunicação visual, design de informação e design de interação, pode funcionar como um solo bastante fértil para a participação na saúde. Sanders e Stappers (2008) entendem que o codesign aplicado no design de serviços de saúde envolve pacientes, profissionais e comunidade, para se chegar a uma solução final que seria implementada e liderada pelos profissionais. Contudo, cabe ressaltar que quando envolvemos diversos atores, fazendo com que as experiências extrapolem as fronteiras do espaço institucional, estamos indo além de um serviço, pois estamos nos encaminhando para modos de vida autônomos, não nos restringindo a uma relação entre aquele que serve e o que é servido.

John Thackara (2008) traz algumas reflexões sobre saúde bastante interessantes, a partir da questão da assistência, e que pode contribuir com o aprofundamento do codesign no campo da saúde. No capítulo, o autor defende que, para a transição à um mundo mais voltado para as pessoas, novas abordagens focadas em como cuidamos uns dos outros são essenciais. Thackara (2008) enfatiza que o argumento para que o design atue para questões de “assistência”, é o de que se as pessoas forem mais capazes de cuidar de seu próprio bem-estar, dependerão menos dos serviços prestados por terceiros, como o Estado. Nesse sentido, entendemos que a autonomia é um elemento fundamental para se pensar a saúde na transição para sustentabilidade, sendo, inclusive, destacada pelo autor, que afirma que evidências teriam demonstrado que os seres humanos prezam por valores não materiais tais como a autonomia.

É possível verificarmos de forma prática a importância da autonomia no decorrer do texto de Thackara (2008) quando o autor nos chama a atenção para o fato de que, no Reino Unido, pessoas com problemas de saúde a longo prazo, a exemplo da diabetes, passam em média dez minutos por ano dentro de um consultório, sendo assistido por um médico, e os demais 525.590 minutos, os pacientes são os responsáveis pela administração de suas condições. Embora o contexto apresentado pelo autor seja europeu, nossa vivência no Brasil não é muito diferente, buscamos orientações médicas através dos serviços de saúde, mas a partir do momento que saímos do consultório é nossa responsabilidade o autocuidado.

Outro valor imaterial que Thackara (2008) destaca como apreciado pelos humanos são as relações sociais. O autor afirma que psicólogos juntaram algumas evidências de que o senso de apoio social seria a melhor proteção contra doenças e, por meio de sólidas redes sociais não apenas reduzem o tempo de recuperações e a probabilidade de mortes por doenças graves (THACKARA, 2008).

Thackara (2008) acredita que devemos “reprojetar” como cuidamos uns dos outros, passando de um sistema de saúde administrado para sistemas de cuidados sustentados, nos quais as infraestruturas de apoio devem possibilitar diálogo, comunidade e encontro. O autor cita a frase de Martin Buber “*Toda vida real é encontro*”, para destacar a importância do diálogo e da comunidade para os designers de serviço.

Outro nome retomado por Thackara (2008) é Ivan Illich, que defendia que fossem criadas instituições de saúde e cuidados em que o convívio não fosse manipulador. Refletimos a partir dessa ideia sobre pensar a saúde assim como Paulo Freire pensou a educação: é preciso que ela seja libertadora, isto é, devemos nos empenhar em desenvolver ambientes, produtos e processos que contemplem em seus objetivos o estímulo à autonomia das pessoas no cuidado de suas saúdes.

Nesse sentido, podemos refletir sobre o quanto é fundamental que o “fazer design para a saúde” é atuar como a muda do abacate e, para isto, é necessário optarmos por seguir caminhos que se resguardem de possíveis manipulações em nossos projetos criativos quando incluimos a participação do cidadão. Percebemos, neste tópico, que há caminhos interessantes como as pesquisas participativas, o codesign, as ferramentas como dispositivos de conversa e os provótipos, capazes de operar por meio dos encontros, das redes de apoio sociais. A partir dessa linha de raciocínio, propomos pensar a saúde para além do design de serviços, tendo como um insight inicial que os serviços são um dos nós da rede de relações que compõe a saúde, entendendo o design como um aliado no desenvolvimento da autonomia no cuidar de nós mesmos que extrapola as instituições de assistência médica. O cuidar da saúde é cotidiano.

#### 1.4.2 Os campos plantáveis: possíveis cenários de atuação e o Arranjo Local da Penha

Ao longo dos anos desta pesquisa, tivemos a oportunidade de conhecer alguns locais onde poderíamos atuar. A primeira possibilidade foi uma Organização Não Governamental (ONG), localizada no bairro Ilha da Conceição, na cidade de Niterói, que trabalha com saúde mental de crianças de uma comunidade da região. A ONG nos foi apresentada por uma participante do Laboratório de Design e Antropologia, do Programa de Pós-Graduação em Design da Escola Superior de Desenho Industrial (ESDI), unidade acadêmica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tivemos cinco encontros com organizadores da

instituição, sendo dois deles no território, na sede e uma ocasião de festa junina, para conhecer um pouco o local. Fizemos também uma apresentação das ferramentas que costumamos utilizar no laboratório do PPDESDI e, também, propomos uma atividade participativa para uma festa que ocorreria no bairro localizado em Niterói. No entanto, naquele momento a ONG estava passando por mudanças e tinha uma agenda precisa a cumprir para responder a um edital, de modo que não foi possível estabelecer um processo de trabalho mais lento e o vínculo que com ele pudesse surgir

Um outro campo para atuação se apresentou a partir da parceria entre a ESDI e a Policlínica Piquet Carneiro (PPC), ambas vinculadas à UERJ. A PPC faz parte do SUS, como um serviço de saúde gerido pelo governo estadual, voltado para a atenção secundária<sup>2</sup> (média complexidade), o que significa que seu trabalho está voltado para especialidades médicas tais como ginecologia, cirurgia plástica, odontologia e realização de exames. Os encaminhamentos são feitos através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), realizados pelas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde; Unidades Básicas de Saúde; e pelos profissionais da própria PPC e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

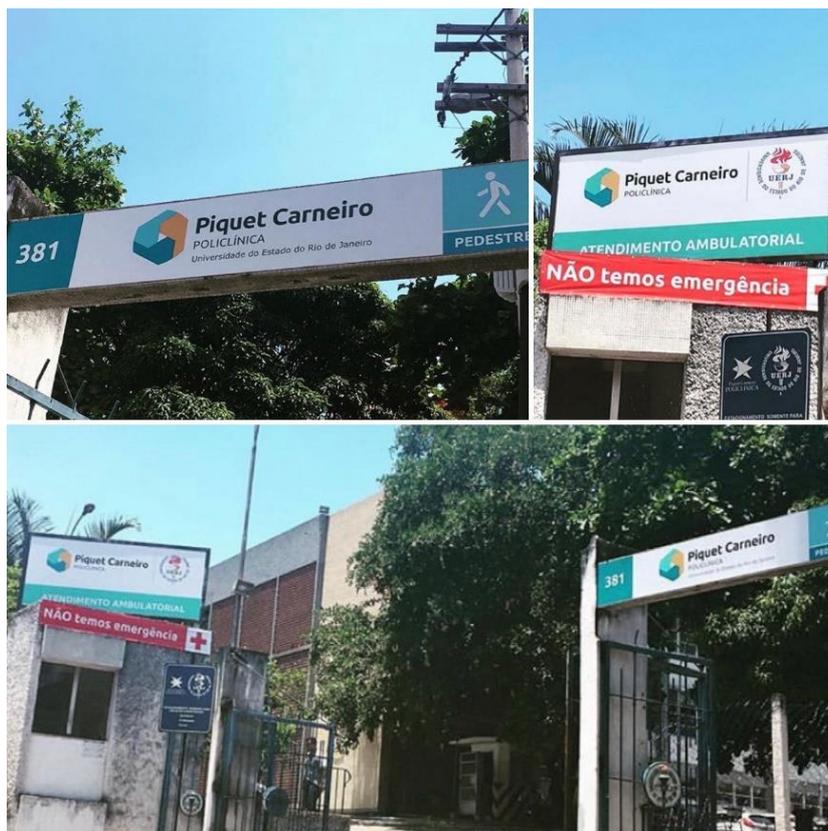
A parceria entre a ESDI e a PPC foi iniciada em setembro de 2016 com o objetivo de desenvolver o Sistema de Identidade Visual da policlínica, contando uma equipe composta por um aluno de doutorado, para fazer a gestão dos processos, e dois da graduação. A primeira fase ocorreu em 2017 e foi definida pelo desenvolvimento da nova marca, a qual busca valorizar os pilares da policlínica, saúde, acadêmico e social. A identidade foi aprovada e apresentada no final daquele ano.

A PPC emergiu de fato como possibilidade de campo em 2018, quando a aluna de doutorado que atuava na época deixou o projeto, sendo necessária a troca da bolsista. Foi realizada uma seleção da qual participamos por ser uma possibilidade de trabalhar design diretamente em uma instituição de saúde. Fomos selecionadas e iniciamos a etapa de aplicação em papelaria, concluída ainda no primeiro semestre daquele ano. No segundo semestre começamos a desenvolver o projeto de sinalização, finalizado em 2020.

Figura 2 – Sinalização externa da Policlínica Piquet Carneiro, com aplicação da nova marca, realizada por alunos da ESDI/UERJ.

---

<sup>2</sup>A classificação dos níveis de atenção à saúde é abordada de forma mais detalhada no segundo capítulo, que trata do SUS.



Nossa intenção era criar a sinalização de forma participativa, contudo não conseguimos por alguns motivos: determinados layouts eram urgentes; era necessária uma presença mais massiva na PPC, mas a modalidade de nossas bolsas não nos protegia de eventuais problemas que poderiam ocorrer dentro na instituição; além de estarmos nos envolvendo com outro campo, o que demandava maior disponibilidade de tempo. Nosso trabalho se restringiu, portanto, ao diálogo com a equipe da comunicação.

Infelizmente, nessa parceria firmada entre as instituições, não foi possível aplicar métodos de design participativo. Ainda assim, a experiência da ESDI com a instituição de saúde apresentou potencial para inovação não apenas para o design como também para a saúde. Parcerias e experimentos como esse ainda são raros no Brasil.

Em Londres, por exemplo, a *Royal College of Arts*, em colaboração com o *Imperial College of Science, Technology and Medicine (Imperial College London)*, criou o *HELIX Centre (Healthcare Innovation Exchange)* que tem parceria com o hospital *Imperial College Healthcare NHS Trust*, reunindo pesquisadores da área do design e a equipe clínica para atender às questões da área de saúde (ROYAL COLLEGE OF ARTS, 2020).

Cabe ainda destacar que esta escrita ocorre em meio à pandemia da COVID-19, em que outra parceria ganhou força: entre a ESDI e o HUPE, na qual alunos e professores se

mobilizaram no desenvolvimento de equipamentos de proteção individual (EPI), além de criar uma sinalização e materiais de comunicação visual. Tendo em vista a urgência e pertinência de se pensar o design em diálogo com essas instituições, seria interessante aprofundarmos essa relação entre a ESDI, a PPC e o HUPE.

Cronologicamente, o Arranjo Local da Penha (ALP) foi nossa segunda possibilidade de campo, surgindo antes da parceria com Policlínica Piquet Carneiro aparecer como uma possibilidade. O ALP foi apresentado ainda no primeiro semestre de 2017 por Diego Costa, doutorando da ESDI e membro do Arranjo. Antes de falarmos sobre o trabalho desenvolvido pelo grupo, é importante apresentarmos o contexto de atuação representado pelo bairro da Penha, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

A Penha é um dos bairros mais tradicionais do subúrbio carioca. É parte de uma região denominada “Zona da Leopoldina”, junto a outros bairros como Bonsucesso, Ramos e Olaria.

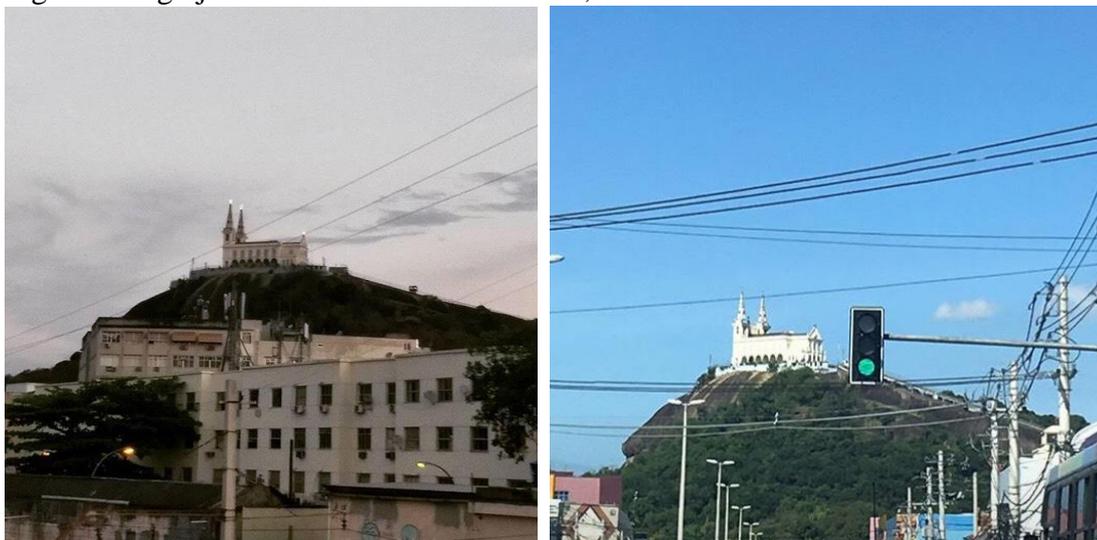
Figura 3 – Mapa do bairro da Penha



Fonte: Adaptado do Google Mapas

A Penha, que completou 100 anos em 2019, tem a sua história iniciada a partir da construção da Igreja de Nossa Senhora da Penha, marco religioso e monumental da região que pode ser visto de diversas entradas da cidade como a Ponte Rio-Niterói, a Avenida Brasil e a Linha Vermelha.

Figura 4 – Igreja de Nossa Senhora da Penha, símbolo do bairro.



O bairro é bastante acessível, contando com duas estações de trem, Penha e Penha Circular, acessos via BRT (sigla que em português seria “Transporte Rápido por Ônibus”) que cortam diversos bairros das zonas Norte e Oeste da cidade do Rio de Janeiro, importantes avenidas como Avenida Brás de Pina, Avenida Lobo Júnior e a Avenida Brasil, com o maior movimento diário e principal porta de entrada da cidade.

Em relação aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, a Penha possui a Clínica da Família Dr. Felipe Cardoso, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas da Penha), e o Hospital Estadual Getúlio Vargas, atendendo casos de urgência e emergências.

O bairro da Penha engloba em seu território a comunidade da Vila Cruzeiro, denominada por alguns de Complexo da Penha. De acordo o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a comunidade seria a sexta maior da cidade do Rio de Janeiro considerando o número de moradores da favela: 36.862 habitantes (IBGE apud CAVALLIERI e VIAL, 2012).

Segundo o jornalista Fernando José (2017), a Vila Cruzeiro teve sua ocupação iniciada no período da escravidão, sendo um local que funcionava como refúgio para os escravos fugitivos que se escondiam nas matas da região, resultando na formação do Quilombo da Penha. Com a abolição da escravatura em 1888, o quilombo se tornou uma comunidade livre. Nesse contexto é possível que a ancestralidade seja um componente potente em seus moradores.

Por ser uma região de terras férteis e propícias ao plantio, atraiu migrantes, como nordestinos e portugueses, os quais desenvolveram o comércio local. Podemos confirmar a riqueza das terras do bairro ainda hoje pela existência de uma área denominada Serra da Misericórdia, onde há uma extensa área verde que poderia ser melhor aproveitada como local de lazer para os moradores da zona norte.

Atualmente a Vila Cruzeiro é uma comunidade que ganha destaque na mídia devido aos confrontos entre polícia e traficantes, fazendo com que os moradores da região sofram frequentemente com tiroteios. O Complexo da Penha enfrenta políticas de segurança bastante questionáveis, denominadas de “intervenções”, nas quais acontecem ocupações do exército em áreas do bairro da Penha. O que deveria trazer um clima de segurança, na realidade tem um efeito contrário pois os moradores ficam com medo de saírem de suas casas, além de haver graves denúncias de abusos policiais.

Figura 5 – *Graffiti* em uma banca da Vila Cruzeiro, próximo ao local onde um mototaxista foi assinado por policiais.



O Arranjo Local da Penha pode ser entendido como uma rede de parceiros atuante na região na Serra da Misericórdia, com o objetivo de promover ações relacionadas à agricultura urbana, debatendo sobre temas como alimentação saudável e agroecologia, a partir de

oficinas, palestras, vivências, mutirões. Sua articulação foi uma iniciativa de Ana Santos, mulher, negra, nascida na Baixada Fluminense e que, segundo alguns conhecedores de sua luta, decidiu ser semente na região da Serra da Misericórdia. O trabalho começou pela formação do *Centro de Educação Multicultural* (CEM), cujo trabalho estava centrado na agricultura urbana e na agroecologia. O CEM estava sediado na comunidade do Grotão, contudo, em 2018, precisou deixar o espaço já que o local foi vendido. Como caminho de resistência, tornou-se o *Centro de Integração Serra da Misericórdia* e sua sede, durante alguns meses, não era mais um espaço físico único, mas sim um arranjo formado por diversos parceiros. O que a princípio parecia ser um fim para o projeto, representou um fortalecimento criando um território intangível muito maior do que uma sede física. No entanto, atualmente, o CEM tem nova sede na região do Grotão, cuja construção tem sido realizada por mutirões envolvendo moradores que acreditam na importância do trabalho da Arranjo.

Os atores sociais-institucionais que formam a rede são o CEM, o LaDA/ESDI-UERJ, por meio de alunos da graduação e de doutorado; Clínica da Família Doutor Felipe Cardoso; Escola Municipal Brant Horta; Parque Ary Barroso (Arena Dicró); AS-PTA – Agricultura Familiar e Agroecologia (instituição de direito civil cujo objetivo é fortalecer a agricultura familiar); Espaço de Desenvolvimento Infantil Maria de Lourdes Ferreira (EDI); Instituto Nacional de Tecnologia (INT). Além desses, temos como atores os moradores da Penha. A existência de diferentes atores é fundamental para um trabalho em rede, abrangendo também a diversidade de moradores da região, que incluem mães, avós, filhos, netos.

Figura 6 – Parceiros do Arranjo Local da Penha no território



Essa formação composta por uma rede de diferentes atores é inerente à agricultura urbana. John Thackara (2008) confirma esse argumento destacando que ela reúne áreas como arquitetura, engenharia, ecologia, planejamento da utilização da terra, reciclagem com a finalidade de criar uma “abordagem única ao design ecológico”, conforme descrito pelo arquiteto malasiano Ken Yeang. Podemos questionar essa abordagem única já que cada contexto tem suas facilidades e seus conflitos, vide o bairro da Penha, mas é interessante refletir sobre uma abordagem ecológica do design. Outro termo caro à agricultura urbana, apresentado por Thackara (2008) é cunhado pelo arquiteto Chris Hardwick: planejamento de ecossistemas, no qual é pensado o sistema de alimentação em sua totalidade, considerando que humanos e natureza não estão dissociados.

A agricultura urbana é um terreno de atuação que interessa ao campo do design por lidar com formas de projetar futuro. Thackara (2008) identifica que o nosso desafio, enquanto designers, é reunir os diversos recursos e oportunidades, entendendo que a agricultura urbana tem relação com o design de novos serviços e infraestruturas, que são fundamentais para o sustento de cooperativas de alimento; refeitórios e cozinhas coletivas; hortas e sistemas de alimentação comunitários. O design de serviços faz parte do Arranjo por duas frentes de ação o trabalho em conjunto com uma escola municipal, por meio da pesquisa de doutorado de Diego Costa; e a abordagem da gestão dos resíduos em comunidades, tratada na pesquisa do doutorando Pedro Biz.

É importante, para pensarmos no design voltado para a saúde no campo de atuação, identificar a relação da agricultura urbana com a saúde, que não está atrelada apenas ao comer de forma saudável. A partir do alimento, ela promove diversos benefícios como para a saúde ambiental, através das práticas relacionadas ao meio ambiente, a exemplo do uso responsável do solo, reduzindo os problemas gerados pelas construções em encostas, realidade comum nas comunidades do Rio de Janeiro; e, também, contribui para a saúde mental, pois as ações da rede contribuem para o bem-estar mental da população.

A Clínica da Família Doutor Felipe Cardoso é uma importante parceria que está em contato direto com a saúde. A instituição funciona como uma “porta de entrada” dos cidadãos cariocas no Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se pelo atendimento inicial, ou “Atenção Básica”, de acordo com a ramificação do SUS, trabalhando por meio de mecanismos de prevenção, promoção da saúde e detecção precoce de doenças. O atendimento básico tem a função de evitar a sobrecarga das emergências dos hospitais já que muitos casos poderiam ser tratados no atendimento básico, além de ter um foco na prevenção, diminuindo, ou retardando, o surgimento de doenças.

O trabalho em conjunto entre a Clínica da Família da Penha e o Arranjo ocorre através das “Rodas de Alimentação e Saúde”, voltada para a promoção da saúde por meio da agroecologia, funcionando como espaços que permitiram desenvolver mecanismos de prevenção e controle de doenças relacionadas à alimentação envolvendo não apenas saúde alimentar, como também saúde ambiental e mental. As conversas e atividades da Roda eram conduzidas até o final de 2018 pela nutricionista da clínica e algumas articuladoras da rede, com a participação de pacientes mulheres. O contato do Arranjo com uma instituição de saúde foi visto pelo Diego Costa como um campo do nosso interesse e acabou por constituir-se no campo mais específico dessa pesquisa, apresentado mais adiante.

Retomando nossa aproximação com o Arranjo Local da Penha, estive em contato com a Ana Santos, coordenadora do CEM, desde julho 2017. No segundo semestre do mesmo ano, fui convidada a participar de uma reunião, que ocorreu no início do mês de setembro na sede do CEM, visando criar uma agenda em comum entre o CEM e a Roda de Alimentação e Saúde da Clínica da Família e alinhar as expectativas de ambos. O encontro foi mediado por Maria e Marcelo, do CEM, e contou com a presença da nutricionista, da psicóloga e de alguns estagiários vinculados à Clínica da Família.

A partir de demandas tais como informar aos moradores sobre o espaço e as atividades do CEM e aproximar os moradores do projeto, surgiram os seguintes encaminhamentos: realização de um evento ao final do mês de setembro, denominado “Saúde e ambiente”, no

qual seria inaugurada a horta do CEM, com convite a comunidade, visando apresentar o projeto e verificar o interesse dos participantes em acompanhar a formação em agroecologia que seria iniciada pelo ALP nos meses seguintes; as parceiras da Clínica da Família convidariam o *RAP da Saúde*, Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde, que faziam um trabalho junto aos pacientes nas salas de espera da clínica, para participar no encontro; produções gráficas para divulgação do projeto e dos eventos, tais como agenda on-line compartilhada na web, jornal informando sobre as atividades do projeto e panfletos para convidar a comunidade para o evento de setembro.

O evento “Saúde e ambiente” foi o meu primeiro contato com as mulheres da Roda de Alimentação e Saúde, ocorrendo na antiga sede do CEM. Na ocasião, conhecemos o espaço, que contava com uma área verde considerável e onde já haviam sido produzidas algumas mudas; nos apresentamos por meio da dinâmica da teia, na qual os participantes são posicionados em círculo, o mediador, usando o barbante se apresenta e amarra um pedaço em seu dedo, em seguida joga para outro participante que faz sua apresentação e, também, amarra o barbante no dedo. A dinâmica seguiu até que todos tivessem se apresentado, formando uma teia com o barbante ao final. Estavam presentes Ana Santos; e Maria da Graça, do CEM; Mariana Portilho (representante da parceria com a AS-PTA); da Clínica da Família participaram a nutricionista, a psicóloga, os estagiários e um grupo de jovens de um projeto denominado RAP da Saúde; e o grupo de pacientes que participava das rodas de conversa da nutrição, Sarah, Glória, Neusa, Jurema e Ester.

No encontro, as mediadoras do Arranjo falaram sobre a proposta de trabalho da rede, fizeram uma dinâmica a partir de algumas palavras relacionadas à agroecologia e, ao final distribuíram algumas mudas para as mulheres. Como era o primeiro encontro, percebemos que havia muita timidez no grupo, inclusive de nossa parte, mas alguns elementos foram essenciais para começar a criar laços: o lanche agroecológico, que despertava a curiosidade estimulando conversas, como o suco de laranja com *ora pronobis*, uma planta alimentícia não convencional (PANC); e as mudas que estimularam a interação pelo aprendizado de como plantar e os benefícios que aquelas plantas ofereciam para a saúde alimentar.

Embora a maioria estivesse tímida, duas pacientes se destacaram: Sarah e Jurema. Vizinhas e amigas, que formam uma dupla inseparável, eram as mais falantes das mulheres. Sarah propôs que o grupo de *Whatsapp*, pelo qual faríamos a comunicação entre o ALP e as moradoras para informar as datas das atividades, fosse chamado de “as abelhinhas”. A dupla foi uma parceria que nos acompanhou até o último encontro, mesmo tendo Jurema se mudado para Araruama em 2019, já que se fazia presente pelas lembranças das amigas. A alegria, a

cumplicidade e a confiança das duas foi um dispositivo “humano” de conversa, além de formarem um elo que manteve parte do grupo unido.

Outra oportunidade de encontro foi o intercâmbio com jovens estudantes que faziam parte do projeto da Fundação Angélica Goulart, no bairro carioca de Pedra de Guaratiba, em novembro de 2017. Essa atividade representou o encerramento da formação em agroecologia proposta pelo Arranjo Local da Penha, realizada em quatro encontros.

A Fundação Angélica Goulart tem um viés agroecológico por meio dos quais as atividades educacionais ocorrem de forma não muito tradicional, como aulas que envolviam plantio, compostagem e lanches oferecidos. O interessante do projeto é que por meio de ferramentas da agroecologia, era trabalhada a autonomia das crianças. Isso ficou bastante evidente pelo fato de os jovens terem sido os anfitriões e terem nos explicado como tudo funcionava. Essa experiência nos trouxe a reflexão sobre a importância de visão não dissociada entre saúde, educação e autonomia para uma formação libertadora.

Nesse encontro, também faziam parte do grupo do ALP as pacientes, os estagiários e a nutricionista da Clínica da Família; Ana Santos; e uma representante da ASP-TA, instituição que organiza diversas ações do Arranjo. A condução da visita foi feita pelas crianças da Fundação, com o apoio de um dos professores do projeto.

O intercâmbio foi iniciado pela apresentação do local e do dia a dia da instituição, por parte das crianças. Mais tarde pudemos desfrutar de um almoço agroecológico para o qual foi preparada carne de jaca assada, arroz e feijão, e, para sobremesa, um delicioso pudim de inhame. Ao final do encontro, lanchamos um bolo cuja massa continha “abobrinha”. Foi uma oportunidade bastante interessante conhecer receitas não convencionais, saborosas e com rico valor nutricional. Além do lanche confirmar o poder de agregar representado pela comida, representou um indício sobre a prática na cozinha ser um dispositivo de promoção da saúde.

Nessa ocasião levamos duas atividades: uma para os participantes do Arranjo e outra para as crianças de Pedra de Guaratiba. Optamos por fazer duas atividades para que todos os presentes pudessem participar, sem exclusões. Realizamos a dinâmica ao final do intercâmbio e teve uma duração de cerca de 15 minutos pois o tempo ficou curto.

A prática com o Arranjo foi voltada para a avaliação da formação em agroecologia. Não participamos da formação, mas era preciso que tivéssemos uma visão sobre como os participantes observaram os encontros para pensarmos as formas de ação do Arranjo para o próximo ano. Nosso papel nesse encontro foi, portanto, auxiliar com uma avaliação mais lúdica para termos maior adesão à atividade e um panorama sobre as percepções. O primeiro encontro da formação ocorreu no Instituto Nacional de Tecnologia (INT), localizado no bairro

Saúde, no município do Rio de Janeiro; os dois seguintes foram na Penha, na sede de dois parceiros do Arranjo, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Arena Dicro; e o quarto na Fundação Angélica Goulart, no dia da avaliação.

A atividade foi minha primeira oportunidade de trabalhar um dispositivo de conversação com o grupo, e teve como título “Colmeia do Arranjo”, inspirada nas “abelhinhas” proposta para Sarah no encontro que antecedeu o intercâmbio, utilizando o formato da colmeia, sendo os hexágonos espaços para escrita. Reservamos quatro espaços para avaliação de cada encontro da formação e mais dois para os participantes escreverem como se sentiam. Nossa legenda levou em consideração níveis de dificuldade, da seguinte forma:

- “Molezinha!”, marcação com hidrocor verde indicando que não houve problemas quanto a mensagem a ser assada no encontro;
- “Hum... mais ou menos...”, marcação com hidrocor amarelo, se referindo à eventuais dúvidas que ocorreram;
- “Não entendi nada!”, espaço para ser marcado com hidrocor vermelho caso o encontro não tenha apresentado sérias dificuldades;
- “Como me sinto?”, espaço reservado para que os participantes fizessem um balanço sobre seus sentimentos após os quatro encontros.

A tabela a seguir quantifica os resultados:

Tabela 2 – Marcações sobre a formação com os participantes do Arranjo Local da Penha:

	Vermelho	Amarelo	Verde
<b>INT</b>	0	2	1
<b>CRAS</b>	0	1	1
<b>Arena Dicro</b>	0	0	2
<b>Intercâmbio</b>	0	0	9

Além das marcações com hidrocor, alguns participantes optaram por escrever nos espaços. Embora não estivesse previsto na atividade, foi bastante útil para avaliarmos qualitativamente. Aqui surge uma situação que nos mostra como não basta chegar ao campo com um dispositivo de conversação, mas sim estar aberto a escutar como ele é recebido e estar abertos a mudar os caminhos ao longo da conversa.

No espaço destinado ao encontro do INT, foi escrito que faltou envolvimento local. No dia do evento no CRAS, escreveram “descobertas”; já no dia no intercâmbio apareceu a palavra “resiliente” e a frase “Acreditando cada vez mais na transformação social a partir das

articulações”. Na área destinada a como os participantes estavam se sentindo, escreveram as palavras “maravilhosas”, “transforma”, “aprendizado”, “repensar”, “troca”; e mais duas frases: “Adorei conhecer o projeto” e “Amei conhecer o projeto e o trabalho das crianças”.

Tentando analisar essas expressões, percebi que o dia mais crítico foi o do INT principalmente pela percepção da falta do envolvimento local, enquanto os demais encontros foram mais positivos, principalmente o dia do intercâmbio. Refleti sobre as causas das dificuldades do INT e chegamos a algumas possibilidades: a linguagem foi muito técnica; o ambiente institucional não foi acolhedor; e a distância entre os bairros da Saúde e da Penha dificultou a presença dos moradores.

A atividade para as crianças do projeto da Fundação Angélica Goulart focou nas impressões delas sobre a alimentação saudável, com base nas experiências que elas vinham vivenciando naquele espaço. Utilizei como base o desenho da colmeia em que cada módulo hexagonal deveria ser completado as seguintes frases: “Pensava que alimentação saudável era...; Quis aprender sobre alimentação saudável porque...; Minha relação atual com a alimentação é...; O intercâmbio com a galera da Penha foi...”. As crianças se sentaram no chão, em volta do papel, e responderam de forma conjunta.

As repostas foram organizadas na tabela a seguir:

Tabela 2 – Contribuições das crianças da Fundação Angélica Goulart

<b>Pensava que alimentação saudável era...</b>	... “ruim, era apenas mato, transgênicos derivados de milho; chocolate porque vem do cacau; doces e açúcar (etc); não existia”.
<b>Quis aprender sobre alimentação saudável porque...</b>	... “no futuro poderíamos ter uma saúde melhor; queríamos ver o outro lado da alimentação (etc)”.
<b>Minha relação atual com a alimentação é...</b>	“ver da onde vêm os alimentos que comemos; comer alimentos saudáveis e que faz bem pra minha saúde”.
<b>O intercâmbio com a galera da Penha foi...</b>	“muito legal; ótimo; volte sempre!”

As respostas das crianças, bem como o protagonismo que assumiram, trouxe a reflexão sobre a relação entre a educação e a saúde. Na Fundação Angélica Goulart foi perceptível que o aprendizado se dá por meio de práticas que envolvem saúde e meio ambiente, indicando que a autonomia conquistada pelas crianças foi consequência de ações educativas que integraram conhecimentos e práticas do cotidiano agroecológico.

Figura 7 – Atividades e participantes no intercâmbio com a Fundação Angélica Goulart.



Pensar a saúde pelo viés de uma educação libertadora pode ser um caminho interessante por trabalhar com base no estímulo à autonomia. Nesse sentido, entendemos que pensar que os conhecimentos sobre saúde também são aprendidos, isto é, fazem parte de uma relação educando-educador, poderia ser um ponto de partida bastante potente para o cuidado da saúde para além dos oito minutos dentro de um consultório médico, tal como afirmou Thackara (2008).

Além dos encontros mencionados, a aproximação do território da Penha também foi dada por meio da parceria do ALP junto à Escola Municipal Bernardo Vasconcellos, em três oportunidades: uma oficina de fanzine, na qual substituí um dos mediadores que teve um problema e ficou impossibilitado de participar no dia; o evento Leopoldina Orgânica, no qual expusemos os fanzines produzidos pelos alunos, me possibilitando conhecer a Vila Cruzeiro caminhando por entre suas ruas; e, já em 2018, através de uma atividade realizada junto aos professores da escola, para verificar as expectativas dos profissionais com o trabalho do ALP.



A princípio foi pensada a ideia de produzir de uma campanha de defesa e valorização da nutrição na região do complexo da Penha. Contudo, considerando que dentre os objetivos do Arranjo Local da Penha estava o estímulo ao protagonismo e a autonomia do grupo, chegar com uma estratégia pronta seria um processo vertical, o que estaria em conflito com os princípios e as práticas do Design Participativo (DP), caminho pelo qual todos os designers do coletivo buscávamos trabalhar. O DP, conforme verificamos na leitura de Robertson e Simonsen (2013), não tem regras e, também, não se define por fórmulas ou definições escritas, logo, verticalizar o processo seria uma contradição.

Iniciei, então, o trabalho de campo ficando os problemas traduzidos pelas seguintes questões: como promover saúde em meio a cortes de serviços?; como não deixar que o grupo perdesse o engajamento?

#### 1.4.3 Uma metodologia degustativa sobre design e saúde

Ao longo deste capítulo foi possível identificar alguns modos de fazer para um trabalho participativo com a temática do encontro entre o Design e a Saúde. Do ponto de vista acadêmico, podemos entender que esta investigação tem potencial para ser realizada tomando-se como base as intervenções. Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), entendem que o método da pesquisa-intervenção é uma alternativa interessante para as investigações voltadas para questões da saúde, envolvendo encontros entre sujeitos e interessando-se pela compreensão e pela simultânea construção de si mesmo e do outro.

Por esse motivo, neste trabalho desenvolvemos uma pesquisa-intervenção, utilizando como ferramentas as intervenções de design buscando a formação de laços entre todas as participantes do grupo, valorizando os afetos. Assim, pensamos a promoção da saúde no complexo território da Vila Cruzeiro como um processo aberto no qual foram geradas reflexões para estimular a autonomia das mulheres. O processo, nesse caso, é o que queremos discutir visando a reflexão acerca da produção autônoma da saúde, em outras palavras, inspiradas em Paulo Freire, uma saúde libertadora.

Para desenvolvermos de forma participativa o encontro entre o design e saúde, é importante considerarmos o esforço de evitarmos trabalhar o design de forma vertical e a percepção de que as intervenções ocorrem de forma mútua, envolvendo designer, usuárias da clínica e multiplicadores do Arranjo Local da Penha. Nesse sentido, destacamos como

possível caminho as produções coletivas, pautadas em fazeres conjuntos, que fujam de regras e protocolos, tal como prevê o Design Participativo.

Embora tenhamos nos libertado dos protocolos, ao nos lançarmos no campo percebemos que não é uma tarefa simples seguir essa pista de nos despir das convenções e do estabelecimento prévio de regras. Quando pensamos em fechar o objetivo de nossa atividade em uma campanha, nos contradizemos. No entanto, ao excluir essa ideia emergiu outra questão fundamental: o percurso metodológico, definidores de nossas ações, é construído a cada encontro, o que refletiu na definição conjunta das atividades propostas e no que iríamos produzir.

Outra pista importante é o cuidado com a palavra intervenção. Neste experimento, foi possível deslocarmos o sentido negativo vivenciado pelo cotidiano de tensão do bairro da Penha para algo mais positivo, tendo como base os significados para a pesquisa-intervenção e para intervenções de design. A intervenção que realizamos aqui é mútua, utilizando o design como ferramenta, projetando juntas, trazendo transformações não só na vida das participantes da Roda de Alimentação e Saúde, como no campo do Design e da Saúde por meio da reflexão e do desenvolvimento de uma pesquisa que leve em conta o cuidado a partir do afetar e ser afetado.

Com base nessas reflexões, entendemos que os dispositivos de conversação e os provótipos seriam métodos mais adequados para serem trabalhados em campo. Por operarem através do diálogo, ambas nos permitem pôr em prática os pressupostos da pesquisa-intervenção e das intervenções de design, criando uma maior aproximação com o grupo, identificando necessidades e vontades das participantes, além de deixar emergir questões particulares do território, respeitando, sobretudo, as singularidades do contexto em que está inserido.

Considerando a definição de dispositivo, proposta por Agamben (2005), “*um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico e não-linguístico no mesmo título; discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc*”, podemos entender que dispositivo de conversação neste trabalho é representado pelos encontros, auxiliados pelas intervenções de design, visto que agrupam todos esses elementos mencionados pelo filósofo italiano. Como exemplo podemos citar os convites para os encontros, os diferentes locais em que estivemos (parque, clínica), os discursos que emergiram, os alimentos que levamos, os comportamentos. Foi possível ainda categorizá-los por dispositivos de integração e dispositivo com potencial para a promoção da saúde.

Como dispositivos de integração identificamos o lanche agroecológico; as mudas; as receitas (convencionais ou não); e o estímulo à sentimentos como alegria, a cumplicidade e a confiança; os temas abordados nos encontros, originados pelas interações entre as participantes. Já o dispositivo de promoção da saúde está relacionado à saída do campo teórico, referente às

informações relacionadas à saúde, para o campo da ação, indicando que a saúde nutricional é acessível por meio das práticas na cozinha. Esse dispositivo dialoga com uma saúde libertadora, pensada pelo viés da educação, estimulando a autonomia no cuidado da saúde.

Quanto ao provótipo, este emerge do campo especificamente após alguns encontros, já com a criação de laços com as participantes da Roda de alimentação e saúde, quando partilhamos a ideia de desenvolver um material gráfico de forma participativa. O que seria a materialização dos encontros, um livro de receitas, gerou novas reflexões, inclusive sobre o papel do design naquele contexto.

Por fim, é possível resumirmos nosso percurso metodológico como uma metodologia degustativa, a qual utiliza a pesquisa intervenção, apoiada pelos dispositivos de conversação e pelo provótipo, tendo sempre o campo e as experiências nele vivenciadas o papel de condutor dos caminhos percorridos.

## 2 SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E RELAÇÕES: ENTRE CONCEITOS, LUTAS E PRÁTICAS

“Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.” (FREIRE, 1996)

### 2.1 Saúde: um cardápio de conceitos

#### 2.1.1 A busca por um conceito de saúde

O conceito de saúde passa por constantes mutações indicando que há no termo uma complexa relação com as múltiplas questões que atravessam a vida humana. Moacyr Scliar (2007) afirma que o conceito de saúde retrata o cenário social, cultural, político e econômico de um país. De acordo com o autor, a definição se modifica segundo a época, o lugar e a classe social, como também inclui valores individuais e concepções religiosas, filosóficas e científicas.

Em 1948, no dia 7 de abril, data em que até hoje se comemora o Dia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo como o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social” e não apenas um momento de doença. A partir dessa definição foi necessário o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado não só em promovê-la como também protegê-la (SCLIAR, 2007). Scliar (2007) relaciona esse conceito com uma saúde que teria de representar o direito a uma vida plena e sem privações, o que indica uma influência socialista do momento pós-guerra. O autor argumenta que houve quem criticasse essa ideia, em duas naturezas distintas: técnica e política. A crítica técnica diz respeito à atribuição do conceito uma interpretação de que a saúde seria algo idealizado, inatingível, não podendo ser usada na prática como objetivo pelos serviços de saúde; já a natureza política, ou libertária, preocupa-se com a possibilidade de o conceito permitir abusos por parte do Estado, por meio de intervenções na vida dos cidadãos, usando como justificativa a promoção da saúde (SCLIAR, 2007).

Christophe Dejours (1986), psiquiatra, é um dos críticos da natureza técnica do conceito ampliado afirmando: “*Tenderíamos a dizer que a saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido. Não se trata de um estado de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar...*”. O autor destaca que essa não parece ser a ideia trabalhada pelo Estado e pelos órgãos internacionais, atribuindo a concepção de que o estado de bem-estar psíquico e social, é algo estável e que poderia ser mantido após ser alcançado. Dejours (1986) acredita que essa ideia é uma ilusão. Já em relação à crítica de natureza política, a professora Sandra Caponi reforça a possibilidade de utilização política do conceito com o intuito de “*legitimar estratégias de controle e de exclusão do que consideramos como indesejável e perigoso*” (CAPONI, 1997 apud LUNARDI, 1999).

A partir da crítica técnica, em 1970, Christopher Boorse (1977, apud SCLIAR, 2007) propôs uma concepção mais reducionista: saúde seria ausência de doença. Nesse sentido, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes se tornaria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, excluindo-se os juízos de valor (SCLIAR, 2007).

No entanto, a declaração da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada, organizada pela OMS em 1978, na cidade Alma-Ata, seguiu embasando-se pelo conceito ampliado, sendo atualmente utilizado pela OMS. Esse conceito considera os seguintes pontos:

- biologia humana: a herança genética e os processos biológicos referentes à vida, entre eles o envelhecimento;
- meio ambiente: solo, água, ar, moradia, local de trabalho;
- estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- organização da assistência à saúde: inclui a assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos, bem como o acesso à água potável e os alimentos saudáveis.

### 2.1.2 Os determinantes sociais

A OMS afirma que os determinantes sociais da saúde têm relação com as condições em que vivemos e trabalhamos. Estão incluídos entre os determinantes os fatores sociais; econômicos; culturais; étnicos e raciais; psicológicos e comportamentais; que desempenham alguma influência nos episódios ligados ao surgimento de problemas de saúde e de fatores de risco à população. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), podem ser percebidos dentre os determinantes as questões referentes à alimentação, à escolaridade, à moradia, ao emprego e à renda (FIOCRUZ, 2019).

Segundo a FIOCRUZ (2019), diferentes estudiosos dos determinantes sociais identificam diversas possibilidades de se abordar o tema. A compreensão de que os mecanismos que geram iniquidades de saúde são variáveis nos indica a complexidade do campo da saúde, não sendo possível, portanto, que os determinantes sociais sejam avaliados levando em conta somente as doenças produzidas, já que teriam influência de todas as esferas do processo de saúde (FIOCRUZ, 2019).

Os determinantes sociais da saúde vão ao encontro do conceito ampliado da saúde, pois nos mostra que saúde vai além da mera oposição ao estar doente. Entendemos, assim, que o estado de saúde de uma pessoa é influenciado por diversos outros fatores que não são apenas representados por vetores ou alérgenos, por exemplo, retomando à questão do estado de equilíbrio entre o bem-estar físico e mental defendido pelo conceito ampliado. Tanto o conceito ampliado de saúde como os determinantes sociais da saúde são definições fundamentais para compreendermos o conceito a seguir, da promoção da saúde.

### 2.1.3 A promoção da saúde como importante conceito para práticas em saúde

O conceito ampliado de saúde abriu espaço para um outro termo importante, “promoção da saúde”, que se relaciona às estratégias voltadas à garantia da nossa qualidade de vida. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (MS) (2018), as formas de promover saúde estão ligadas às políticas públicas, ações e intervenções, atuando sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde. Essas estratégias têm um formato intersetorial e preza pela participação popular, visando o favorecimento das escolhas saudáveis aos indivíduos e à

coletividade. A promoção da saúde demanda a articulação de setores da saúde como os demais setores da sociedade para atingir a efetividade e a sustentabilidade das ações a longo prazo, resultando, desse modo, em benefícios às condições de saúde das populações e dos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Carta de Ottawa (1986), documento internacional produzido durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, consolidou o conceito de promoção da saúde, ressaltando que o desenvolvimento das habilidades pessoais é fundamental para que, de fato, a saúde esteja sendo promovida. Dessa forma, as estratégias de promoção da saúde devem ser apoiadas por: divulgação e informação; educação para a saúde; e estimulação das habilidades vitais. Essas ações desempenham papel fundamental para que a população tenha autonomia necessária para controlar a própria saúde e seu meio ambiente, bem como capacitá-la para a tomada de decisões que influenciam na melhoria de sua saúde.

A Carta de Ottawa (1986) afirma que a capacitação das pessoas teria o dever de prepará-las por toda a vida, o que incluiria o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. É essencial que a promoção da saúde seja abordada nas escolas, residências, ambiente de trabalho, assim como em outros espaços comunitários. É necessário também agregar, além das instituições governamentais, organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), fazem a leitura do conceito como “potência de agir”, indicando que devem ser desenvolvidas ações, iniciativas, programas ou projetos que tenham como resultado o fortalecimento dos sujeitos e da coletividade, com o objetivo de sair da passividade em direção a atividade a partir da vontade de ser livre e feliz.

O conceito de promoção da saúde nos faz refletir sobre a importância da autonomia em saúde. Estimular a autonomia faz com que as questões de saúde sejam cotidianas na vida da população e favorece um modelo de saúde mais preventivo, o que poderia auxiliar na redução do congestionamento dos serviços de saúde, um dos graves problemas enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, cabe enfatizar que é fundamental que a reflexão sobre a autonomia em saúde considere os diversos fatores que influenciam no estado de saúde dos cidadãos, tais como: saneamento básico, educação, moradia, trabalho e segurança.

Essa ideia é reforçada por Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) ao defenderem que é preciso que a promoção da saúde invista em autonomia. Dessa forma, enfatizam as autoras, compreender o sentido do conjunto das práticas relacionadas à promoção da saúde é um desafio metodológico de um campo que pretende:

potencializar processos de mudança, fortalecer a autonomia dos sujeitos, a participação, a valorização de movimentos instituintes, os processos de subjetivação e atribuir significados e sentidos para as experiências. (MENDES, PEZZATO e SACARDO, 2016).

Podemos apreender no artigo de Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) que a abordagem metodológica voltada para a promoção da saúde deve envolver todos os sujeitos atingidos por determinadas ações. Nesse sentido o caminho sugerido pelas autoras é que seja contemplada a heterogeneidade no que diz respeito aos ritmos, formações, habilidades tanto dos pesquisadores quanto dos sujeitos envolvidos em uma ação, quando se trata de acontecimentos ali despertados, e as experiências vivenciadas nos diferentes campos. A prática, afirmam as autoras, deve envolver a escuta, a abertura, a disponibilidade, o deslocamento, a atenção, a sensibilidade, os movimentos de aproximação e distanciamento além de implicação e confiança (MENDES, PEZZATO e SACARDO, 2016).

De acordo com Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) é necessário o esforço para criar relações horizontais entre os sujeitos, colaborando com a abertura de diálogos e um “refazer-se permanente” que seja capaz de alcançar a todos os envolvidos. Construir vínculos de confiança e abrir diálogos permite aos envolvidos tornarem-se corresponsáveis e coparticipantes dos processos, possibilitando escolhas autônomas. No caso das ações de saúde, estas nascem dos encontros entre profissionais, gestores e usuários, sendo esses, portanto, os envolvidos.

#### 2.1.4 A Saúde Pública Ecológica ampliando a perspectiva do conceito

Antes de discorrermos sobre o conceito de Saúde Pública Ecológica, é importante que possamos entender o significado do termo *Saúde Pública*. Para isso, utilizamos como base os autores Tim Lang Geof Rayner, que escreveram, sobre o tema da Saúde Pública Ecológica fazendo um histórico dos conceitos fundamentais para sua compreensão.

Lang e Rayner (2012) destacam que o conceito de “Saúde pública” não é apenas a justaposição de dois termos, tendo um significado mais profundo e complexo. Em 1988, o *US Institute of Medicine* definiu o termo *Saúde Pública* como o que nós, enquanto sociedade, fazemos coletivamente para assegurar as condições que possibilitam que sejamos saudáveis (LANG e RAYNER, 2012). De acordo com Lang e Rayner (2012) a essência do termo estaria no esforço comunitário organizado com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças, e o cenário organizacional para seu desenvolvimento deveria englobar tanto as atividades sob a

responsabilidade das estruturas formais do governo quanto os esforços individuais, incluindo também organizações privadas e voluntárias (LANG e RAYNER, 2012).

Em 2012, Lang e Rayner apresentaram o conceito de *Saúde Pública Ecológica*, partindo do entendimento de que a saúde pública é literalmente a saúde do público e que a chave para entendê-la é a reflexão de que a boa saúde emerge do nível populacional para o individual, indicando que não é um fenômeno individual, mas sim da coletividade. Os autores argumentam que é preciso reconhecer a complexidade da tarefa de proteger e promover a saúde pública e, para promovê-la deveriam ser considerados: o reconhecimento da escala da dinâmica da mudança e das transições da sociedade, o envolvimento de políticas e lideranças, a colaboração interdisciplinar, o pensamento ecológico, e o progresso.

Os autores enumeram as questões que constituem saúde pública: como vivemos juntos; as circunstâncias compartilhadas e as infraestruturas, tais como o ar, o solo, a água, o alimento, a moradia, o trabalho); as causas das doenças; a qualidade de vida, bem como as causas e qualidades associadas à morte.

Nesse sentido, o modelo da Saúde Pública Ecológica articula os modelos antigos, sendo uma associação entre o biomédico, o qual considerava apenas a saúde, excluindo as dimensões histórico-social; o tecno-econômico; social-comportamental; sanitaria.

Enfatizando a complexidade da Saúde Pública Ecológica, Lang e Rayner (2012) destacam a necessidade de se trabalhar com quatro dimensões: cultural, material, biológica e social; e depende de algumas transições para se desenvolver, são elas: transição cultural, democrática, energética e nutricional. Assim, reforça-se que o conceito apresenta relações complexas, considerando a multiplicidade de fatores que determinam a saúde, indicando que um modelo de saúde focado apenas na cura, como o modelo biomédico, determinado pelo conceito mais antigo de saúde, não seria o caminho ideal. É preciso refletir sobre os atravessamentos dos mais variados aspectos da vida e sua influência para a saúde pública.

Embora o SUS trabalhe com os conceitos de Saúde Pública e de promoção da saúde, o termo Saúde Pública Ecológica ainda não foi incorporado ao desenvolvimento das políticas públicas brasileiras.

É possível olharmos para a definição de Lang e Rayner (2012) por meio de uma visão relacional da saúde, ao considerar diversas conexões, incluindo práticas voltadas para o tratamento, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Ao destacar a complexidade de se proteger e promover a saúde, temos a oportunidade de refletir que é fundamental a atuação de diversos atores, o que podemos estimular por meio das práticas simpoiéticas, inspiradas por Donna Haraway.

## 2.2 Os nutrientes das lutas pela democratização da saúde no Brasil

Antes do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a saúde não era entendida como um direito social. Havia um modelo que fazia a divisão dos brasileiros nas seguintes categorias: aqueles que tinham condições de pagar pelos serviços privados; os segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e que, por isso, gozavam do direito à saúde pública; e os que não tinham direito algum (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020). Desse modo, percebemos que não havia uma perspectiva democrática para a saúde, resultando em um direito à vida digna restrito a poucos.

Entendemos que restringir esse direito entra em contradição com os direitos humanos. Ao resgatarmos a Declaração Universal dos Direitos Humanos podemos encontrar pistas de que a saúde é um direito fundamental inerente pessoa humana. Em documento redigido no ano de 1948, durante Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, afirmou-se os direitos humanos como essenciais a todos, dentre os quais podemos identificar à saúde de forma mais subjetiva no artigo III, que diz: *“Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”*. Mais adiante, no artigo XXV, a saúde está explícita em seu conteúdo, junto a outros fatores que influenciam o estado do indivíduo, indicando que ela não é apenas a ausência de doença:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ONU, 1948).

É possível refletirmos sobre o direito à saúde de maneira indireta também no artigo XXI, através da afirmação: *“2. Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país”* (ONU, 1948). Nesse sentido, refletimos sobre a existência dos sistemas públicos de saúde em diversos países e a obrigação dos Estados em garantir igualmente o acesso aos serviços públicos de saúde pela população.

Como membro da ONU e assumindo o compromisso com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o governo brasileiro tem o dever de buscar os meios de assegurar esses direitos aos seus cidadãos. Vivemos em um Estado Democrático de Direito, no qual há direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, conhecida no período de redemocratização como “Constituição Cidadã”, que são essenciais para o equilíbrio da sociedade brasileira. Contudo, a consolidação da saúde como direito não ocorreu de forma

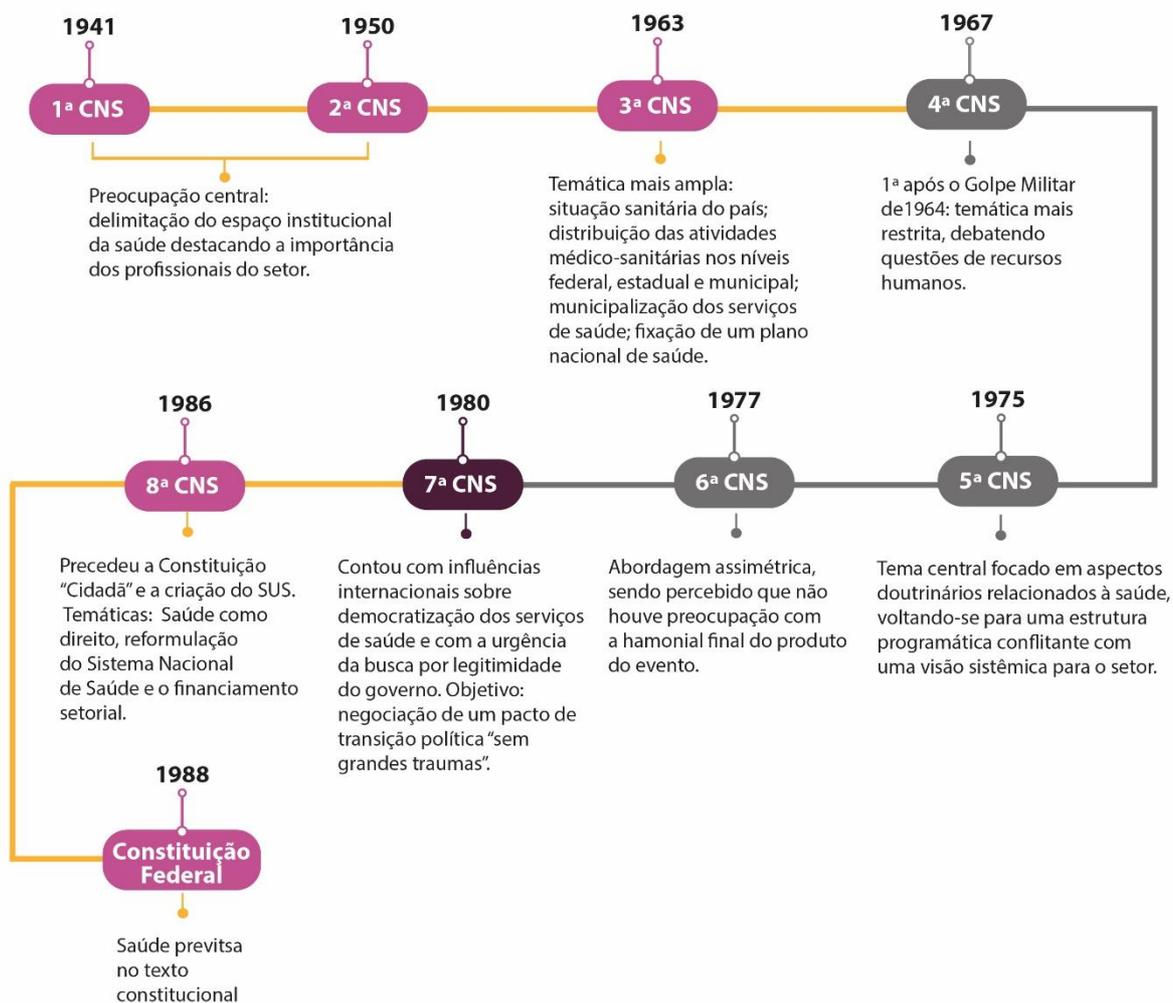
rápida, sendo resultado de um longo processo que se estendeu por quase três décadas, sendo freado por retrocessos dados pela conjuntura política da época. Cabe ressaltar que, mesmo a saúde estando prevista como um direito do cidadão na Constituição brasileira, podemos observar que, na prática, há muitas dificuldades em se usufruir desse direito.

Esse processo contou com importantes marcos para alcançar resultados. Citamos neste trabalho, a partir da construção de uma cronologia, os atores que tiveram papéis fundamentais na luta por uma saúde democrática. São eles: as Conferências de Saúde, o Movimento Municipalista, o Movimento Sanitário e a Reforma Sanitária.

### 2.2.1 Década de 1960: a 3ª Conferência Nacional da Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), conforme Escorel (2008) têm sua origem no ano de 1937 e tinham como principal objetivo facilitar a articulação entre o governo federal e os estaduais, utilizando informações que pudessem ser úteis para a formulação de políticas e para o fornecimento de recursos e subsídios financeiros. Segundo a autora, essas conferências contaram com mudanças profundas e tiveram interferências nas políticas de saúde, em maior ou menor grau (ESCOREL, 2008). Na figura a seguir (figura 1), apresentamos uma linha do tempo com as conferências que precederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 9 – Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde até a consolidação da saúde como direito constitucional.



Fonte: AROUCA, 1986; FIOCRUZ, 2020.

É possível destacarmos duas conferências como aquelas que tiveram grande peso na criação do SUS a 3ª e 8ª CNS.

A 3ª CNS ocorreu em 1963, solicitada pelo ministro Wilson Fadul ao então presidente da República, João Goulart, sendo a última a ser realizada antes do golpe militar de 1964. Segundo Goulart (1996), a conferência retratou as influências do nacional-populismo que se firmava no Brasil e sua consequência, o sanitarismo desenvolvimentista, nas políticas de saúde (GOULART, 1996).

Escorel e Teixeira (2008) destacam que a finalidade da conferência era fazer um exame da situação sanitária no Brasil e aprovar programas de saúde que refletissem no desenvolvimento econômico do país, levando em consideração o ajustamento às necessidades e possibilidades dos brasileiros. Foram definidos quatro temas principais: situação sanitária da

população brasileira; distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; e fixação de um plano nacional de saúde (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Em 1992, Fadul redigiu seu discurso para a abertura da 3ª CNS, no qual podemos entender a importância dos temas debatidos no evento para a formulação do SUS, em 1990:

A 3ª Conferência revestiu-se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação. Sob esse aspecto ela se constituiu num marco importante da história do pensamento dos sanitaristas brasileiros.[...] Adotou, então, a 3ª Conferência Nacional de Saúde a tese da Municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais. (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992)

Outro discurso bastante emblemático foi o do presidente João Goulart por enfatizar que a saúde resultaria de um conjunto de condições tais como boa alimentação, educação, regime saudável de trabalho, habitação higiênica, assistência médico-sanitária, roupas adequadas e diversão. A fala de Goulart buscou fazer uma relação desses condicionantes com o desenvolvimento econômico e a distribuição equitativa das riquezas da nação (SCOREL E TEIXEIRA, 2008). O discurso de João Goulart nos remete a saúde como algo inerente à democracia, tendo em vista que os elementos listados podem ser equiparados com os direitos sociais previstos, mais de vinte anos depois, na Constituição Federal de 1988.

A municipalização também é abordada pelo então presidente da República, no que diz respeito à inclusão dos municípios brasileiros em uma rede de atenção básica de serviços médico-sanitários, com o objetivo de oferecer o mínimo indispensável à defesa da vida dos brasileiros (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Scorel e Teixeira (2008) afirmam que a estratégia da municipalização representava o novo projeto sanitário, embasado pela descentralização e por um modelo de cobertura dos serviços de saúde iniciado pelo atendimento básico e chegando ao atendimento médico-hospitalar especializado. Nesse sentido, foi sugerido, durante a conferência, uma lei municipal para que os municípios criassem seus serviços de saúde (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

É possível verificarmos nas falas de Wilson Fadul e de João Goulart elementos precursores do SUS que temos hoje, como a estrutura descentralizada e sua organização pautada pela articulação entre as esferas de governo: federal, estadual e municipal. Contudo, em 1964, o presidente João Goulart sofreu o golpe militar e, conforme podemos observar no infográfico apresentado da figura 1, o cenário ditatorial influenciou o setor da saúde refletindo nos temas e

nas formas de condução das CNS seguintes. Goulart (1996) ratifica nossa percepção, ao afirmar que o golpe de 1964 desenhou um caminho oposto ao que se almejava na 3ª CNS, visto que o governo ditatorial se encaminhou para políticas centralizadoras, resultando em uma “desmunicipalização”, afastando os municípios das tomadas de decisões referentes às políticas públicas. Obviamente, o campo da saúde foi altamente afetado, de acordo com Goulart, por meio de um modelo assistencial cuja natureza era médico-assistencial-privativista (GOULART, 1996).

Foi somente na 7ª CNS, em 1980, que a democracia retornou para o debate, refletindo o pano de fundo do período da redemocratização.

### 2.2.2 Anos 1970: os movimentos sociais na saúde

Gohn (2011), acessando as definições mais clássicas do termo “movimentos sociais”, afirma que suas características básicas seriam: ter identidade, um opositor e suas articulações ou fundamentações estariam voltadas a um projeto de vida e de sociedade.

De acordo com Santos (2013), no Brasil, o movimento social foi classificado como uma categoria na qual estavam inseridas as lutas urbanas e as mobilizações com objetivos de reivindicar, que ocorreram na década de 1970. Esses movimentos estariam limitados à determinados grupos cuja função era pressionar o Estado para que efetivassem seus deveres no campo social (SANTOS, 2013).

No terreno das lutas pela democratização da saúde brasileira, dois movimentos ganharam destaque: o Movimento Municipalista e o Movimento Sanitário, os quais apresentamos a seguir.

#### 2.2.2.1 O Movimento Municipalista

O Movimento Municipalista surge de um contexto bastante conturbado: o pós Golpe de 1964. Conforme observamos no tópico que trata da 3ª CNS, na contra mão do que se propunha na conferência, o governo militar centralizou as políticas, excluindo os municípios das políticas sociais (GOULART, 1996).

Goulart (1996) destaca que o movimento acompanhou as conjunturas políticas dos anos 1970 e 1980 e, por esse motivo, em alguns momentos seguiu por uma linha de ação mais reativa ao cenário de políticas sociais já em ruína, em outros buscou articulações com demais seguimentos, provocou temáticas e injetou ritmo às mudanças dessas políticas (GOULART, 1986). Há então, segundo o autor, três momentos históricos: “*o período de resistência e baixa institucionalização (anteriormente a 1984); (b) primeiros passos como movimento organizado (1984 - 1987); (c) expansão e institucionalização (1987 - 1992); e (d) consolidação (1992 em diante)*” (Goulart, 1996). Esses quatro períodos destacados por Goulart nos indicam que o Movimento Municipalista ocorre de forma concomitante e completar ao Movimento Sanitário, a 8ª CNS e a Reforma Sanitária, contando, inclusive com os mesmos atores. Neste trabalho, optamos por fazer uma divisão temporal apenas como uma forma de sistematizar os acontecimentos.

A conjuntura do período autoritário, argumenta Goulart (1996), favoreceu a modernização do campo, batendo recordes de produtividade, aumento da exportação de grãos à patamares até então nunca atingidos. Modernizar o campo teve como consequência as migrações rurais-urbanas, aglomerando, nas palavras de Goulart (1989), miseráveis nas periferias das cidades médias e grandes, principalmente nas capitais. Desse modo, restaram apenas duas opções aos municípios: enfrentar a crise com os recursos disponíveis, tentando ampliá-los, ou romper os já precários vínculos entre a sociedade política e a sociedade civil. Os municípios decidiram então chamar a responsabilidade para si (GOULART, 1996).

Podemos retomar como definição do Movimento Municipalista da Saúde o conceito de Muller (1991, apud GOULART, 1996):

a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no Setor Saúde” (MULLER, 1991, apud GOULART, 1996).

O movimento assume o papel de instância de resistência a partir de 1975, no eixo Rio-São Paulo, através do surgimento de movimentos organizados que contavam com a participação de profissionais de saúde e demais interessados. Goulart (1986) lista alguns eventos que caracterizaram esses movimentos, dentre os quais destacamos: a estruturação, a partir de 1975, do grupo de oposição sindical *Renovação Médica*; a fundação do CEBES e da *Revista Saúde em Debate*, em 1976; e, em 1980, a realização do *I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados* e a fundação da ABRASCO.

O estopim para o movimento foram as más condições de saúde da população, denúncia da crise do sistema e a precariedade do exercício profissional. (GOULART, 1996). Com relação ao modelo de saúde oficial adotado na época da eclosão do movimento, Goulart (1996) afirma que este estava perdendo legitimidade, caracterizando-se por um modelo de assistência médica embasado por privatizações, na compra de serviços, na centralização das decisões e na exclusão das unidades públicas de prestação de cuidados (GOULART, 1996).

O autor destaca que os eventos inaugurais do movimento municipalista de saúde voltavam-se para debater, ou mesmo referendar, políticas compensatórias aos desequilíbrios sociais. Já em 1978, com influência da Conferência Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou espaço nos debates, entendendo que poderia ser uma proposta estratégica para a atuação dos municípios (GOULART, 1996).

Avançando para 1985, refletindo a conjuntura da retomada da democracia, o movimento dá seus primeiros passos como um movimento organizado, isto porque, conforme Goulart (1996), a discussão municipalista ganhou uma dimensão nacional, oportunizada pelo I Encontro Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nesse momento, em alguns estados teriam começado a se estruturar Conselhos ou entidades similares formadas por secretários municipais de saúde (GOULART, 1996). Entretanto, é importante destacarmos a importância do ano de 1984 nesse processo, em virtude da ocorrência do emblemático V Simpósio de Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual propunha-se um Sistema Unificado Federativo e Democrático para a saúde.

Goulart (1986) destaca que, nesse período, a grande temática de saúde eram as Ações Integradas de Saúde (AIS) que foi lançada pelo CONASP (Conselho de Administração da Saúde Previdenciária) em 1982 e implementada em 1983, resultado de um minucioso diagnóstico da situação do sistema de saúde. Segundo o autor, as AIS teriam representado um fator estratégico para a municipalização, visto que, segundo Goulart (1985, apud GOULART, 1996), *“era um foco de luta e de conquista, pois possibilitou que estados e municípios se transformarem em atores da política nacional de saúde*

Nesse sentido, o movimento municipalista canalizou suas forças para garantir o avanço das AIS no governo que se desenhava; resistir ao centralismo dos governos estaduais; criar bases para a 8ª CNS; buscar novas alianças, externas ou internas à saúde (GOULART, 1996).

Em 1986 ocorre a Oitava Conferência Nacional de Saúde que, mesmo não contando uma representação oficial que formalizasse a organização da base municipal do sistema de saúde, teve grande importância para o movimento. De acordo com Goulart (1996), Nelson Rodrigues dos Santos, então Secretário Municipal de Saúde de Campinas, coordenou uma

reunião que foi convocada durante a conferência, em que foi produzido um documento assinado por 84 participantes, no qual se retomava o debate sobre a descentralização, considerando a autonomia municipal, valorizava as competências técnicas e políticas locais na formulação das políticas e nos planos de saúde. Com desdobramentos da 8<sup>a</sup> CNS, em 1987, foi estabelecido por decreto o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que teria refletido algumas aspirações do movimento do movimento municipalista em relação ao aprimoramento das AIS.

Goulart destaca que o ano de 1987 teve grande movimentação dos municípios nas questões da saúde, formando-se Conselhos e Associações Secretários Municipais de saúde; ocorrendo eventos regionais e nacionais, promovidos por instituições como ABRASCO, OPAS e Congresso Nacional trazendo a Reforma Sanitária, a municipalização, a saúde na nova Constituição, como temas. No mesmo ano, surge o CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (GOULART, 1996).

#### 2.2.2.2 O Movimento Sanitário

De acordo com Sarah Escorel (2008), o movimento sanitário emergiu como um ator coletivo, ou força política, durante o governo Geisel, nos anos 1970. No entanto, em 1963 já era possível identificar sua base por meio do discurso realizado por Wilson Fadul, durante a 3<sup>a</sup> CNS. O ex-ministro da saúde destacou a importância de um Plano Nacional de Saúde embasado pelo diagnóstico da situação sanitária do país e trouxe a municipalização do setor para o debate. É possível identificarmos na proposta de construção do Plano Nacional de Saúde, descentralizado, com os municípios mais atuantes, a ideia de que saúde é uma questão democrática: a possibilidade de acessar de forma equânime os brasileiros por meio ações municipais contribui para a democratização da saúde. Nesse sentido, a 3<sup>a</sup> CNS se configura como potência para o movimento sanitário por propor mudanças profundas no setor da saúde, trazendo para o Estado maior responsabilidade pela saúde dos brasileiros.

Durante a década de 1970, o movimento sanitário envolveu além dos profissionais da área da saúde, pessoas que se relacionavam com o setor, as quais compartilhavam o referencial médico-social para lidar com os problemas de saúde. Escorel (2008) afirma que o objetivo desse grupo articulado era a transformação do setor da saúde no país, através de determinadas práticas políticas, teóricas e ideológicas, almejando a melhoria das condições de

saúde, bem como da atenção à saúde dos brasileiros, relacionando-os diretamente com o direito à cidadania (SCOREL, 2008).

Dentre os participantes do movimento sanitário, Escorel (1999 apud SCOREL, 2008) identifica algumas vertentes que se agruparam como atores principais. A primeira seria o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), caracterizando-se pela difusão da teoria da medicina social, por meio da revista “Saúde em debate” e cujo lema era “Saúde e democracia”, destacando-se também que a saúde é componente do processo histórico-social; debates sobre saúde comunitária; e a formação da consciência sanitária, conceito desenvolvido por Giovanni Berlinguer<sup>3</sup>, em 1978, significando a ação individual e coletiva que visa alcançar a saúde como direito individual e interesse da comunidade (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008).

A segunda vertente, segundo Escorel (1999 apud SCOREL, 2008), seriam os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica que estavam voltados para as questões trabalhistas, como a luta pela renovação dos sindicatos; os questionamentos com relação às condições do mercado de trabalho; o reconhecimento profissional da atividade; além de questionar a política de saúde da época e as más condições da assistência médica. Já a terceira vertente era caracterizada pela academia que, por meio da participação dos profissionais de docência e pesquisa, foram responsáveis pela construção do marco teórico do movimento, dando suporte às propostas transformadoras do movimento, bem como pela formação de agentes reprodutores e novos construtores do referencial teórico (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008).

Escorel (1999 apud SCOREL, 2008), destaca que o projeto do movimento sanitário ganhou forma a partir do documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado durante o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, em 1979. Foi organizado com base em princípios e proposições políticas, evidenciando-se o caráter articulado do movimento. Como o projeto tinha relação direta com a democracia, destacou-se a defesa do direito à saúde (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008).

---

<sup>3</sup> Inspirador da reforma sanitária brasileira, Giovanni Berlinguer foi médico sanitário e bioeticista. Atuou ainda como deputado, senador, membro do parlamento europeu e militante do Partido Comunista Italiano. A trajetória acadêmica de Berlinguer foi iniciada na saúde pública, alcançando mais adiante questões relacionadas à bioética, trazendo para o campo reflexões sobre equidade em saúde. O sanitário criticava a sociedade de mercado e a mercantilização da saúde. Em 2016, recebeu o Título de Doutor Honoris Causa pela Fundação Oswaldo Cruz. Giovanni Berlinguer faleceu em 2015, em Roma (ENSP, 2015).

Durante o governo Geisel, o movimento iniciou uma ocupação de espaços a partir de um pensamento contra-hegemônico (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008). Contudo, destaca Scorel, ainda havia uma baixa capacidade para interferir nas decisões institucionais que, em contrapartida, serviram como um acúmulo de experiências nas instituições federais de que faziam a gestão dos serviços de saúde ou que definiam as políticas de saúde (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008).

Entre o final da década de 1979 e início dos anos 1980, já no governo de João Figueiredo (de 1979 a 1985), o movimento sanitário ganhou visibilidade no cenário político setorial por meio do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos deputados. No decorrer desse período, o movimento ampliou sua organicidade a partir de contatos e alianças com movimentos que buscavam a democratização do Brasil, além de detalhar seu projeto de atuação no cenário da saúde brasileira (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008). Já nos meses finais do regime autoritário, houve no setor da saúde um grande desenvolvimento, segundo Scorel (1999 apud SCOREL, 2008). O movimento sanitário teve participação na campanha das “Diretas Já!” junto a outros setores da sociedade, além de se empenhar de forma específica e intensa em um projeto voltado para a saúde embasada nas perspectivas de um regime mais justo e pautado pela democracia.

Entre os anos 1984 e 1985, iniciando a transição para o governo democrático, foram realizadas diversas reuniões e documentos contendo a proposta de uma saúde para a transição do regime autoritário para a democracia. Foram incrementadas as recomendações para mudanças no sistema nacional de saúde tendo como base o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2008). Em 1985, foram nomeados importantes nomes do movimento sanitário para os cargos de direção governamental, como a nomeação de Sergio Arouca, que havia presidido o Cebes, para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), cujo trabalho é fundamental para a saúde pública brasileira.

### 2.2.3 Anos 1980: a Reforma Sanitária, a 8ª CNS e a saúde na Constituição de 1988

#### 2.2.3.1 A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu no ano 1986, com um pano de fundo político marcado pela redemocratização. Esta CNS foi emblemática para a consolidação da saúde como direito previsto na Constituição Federal de 1988, bem como para a criação e implementação do SUS (ESCOREL, 2008). Escorel (2008) destaca que, embora tenha acontecido em 1986, a conferência não esteve restrita ao evento propriamente dito, já que as discussões da 8ª CNS foram iniciadas nas pré-conferências estaduais e se desdobrou não apenas durante o ano de sua realização, como também no ano seguinte, em 1987, em conferências próprias com temas e áreas de atuação específicas como: saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, saúde mental, entre outros (ESCOREL, 2008).

Raphael de Almeida Magalhães, ministro de Estado da Previdência e Assistência Social do governo Sarney, percebeu na 8ª CNS uma tendência a se tornar um marco histórico, porque acreditava que seria um “divisor de águas” entre uma assistência precária, ou mesmo uma “desassistência”, e um novo quadro caracterizado por um sistema de saúde universal e sem discriminação, assim como era possível observar em outros países com níveis de desenvolvimento semelhantes ao do Brasil. Magalhães afirma que esse sistema acabaria reconhecendo o direito alienável à saúde, um direito fundamental à pessoa humana, como inerente à cidadania (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Carlyle Guerra de Macedo, diretor geral da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na época, enfatizou em seu discurso, durante a 8ª CNS, que o direito à saúde não seria expresso apenas pelos serviços de saúde, resultando também do acesso a um ambiente e à condições de vida compatíveis com a dignidade do ser humano; da capacidade de mobilização, organização e utilização de recursos que se transformam em serviços de saúde de cada sociedade e nação; das decisões individuais de cada família e cada comunidade na adoção de modos de viver; de práticas de existência que diminuam os riscos para a preservação e a proteção da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O diretor geral da OPAS complementou destacando que a saúde é responsabilidade de todos os indivíduos, da sociedade e do Estado. Nesse sentido, se expressaria na obrigação do poder público e no dever de cada cidadão. Assim, considerando a saúde tanto um direito,

como um dever do cidadão, a participação surge no debate, demandando que não fosse apenas o requisito de aumento de recursos para as atividades decididas por profissionais, técnicos e políticos, mas também um mecanismo pelo qual decidimos sobre a construção do nosso futuro e de nossa vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Sergio Arouca, enquanto presidente da Fiocruz, fez uma fala no mesmo raciocínio de Magalhães e Macedo, retomando o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, enfatizando que saúde seria mais do que não estar doente: é bem-estar social; direito ao trabalho; salário digno; ter água; vestimenta; educação; informação sobre como podemos dominar este mundo e transformá-lo; meio ambiente que permita uma vida digna e decente; não estar submetido ao medo da violência. Arouca dialoga com Macedo ao enfatizar que a partir do conceito ampliado a saúde ganha uma dimensão mais ampla do que simplesmente uma questão de hospital ou medicamentos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Com relação aos participantes, a 8ª CNS contou com a presença de organizações da sociedade civil, como os delegados eleitos, representantes sindicais e de associações dos profissionais da saúde e movimentos populares em saúde; além do Cebes e da Abrasco; totalizando mais quatro mil pessoas. Os presentes debateram temas que se desdobraram nas diretrizes do SUS, que ainda são válidas como: busca da equidade; garantia de acesso universal aos serviços de saúde; o aumento do financiamento público; unificação e integração das ações de acordo com seu conteúdo - preventivas, curativas e de reabilitação - e sua gestão, que diz respeito a integração entre os níveis de governo federal, estadual e municipal; mais poder à população para a participação ativa na formulação, implementação e controle de ações de saúde (ESCOREL, 2008).

Cabe destacar que a discussão dessa conferência retomou questões muito importante debatidas na 3ª Conferência Nacional da Saúde, que ocorreu em 1963. O olhar para saúde como algo que se relaciona com outras questões tais como trabalho e alimentação esteve presente tanto no discurso de João Goulart, em 1963, como nas apresentações de Macedo e Magalhães, em 1986. Outro ponto de convergência foi a proposta de uma profunda transformação no setor da saúde. Em 1963, buscava-se um Plano Nacional de Saúde, levantava-se a bandeira da municipalização e havia a pretensão de debater a articulação entre as três esferas de governo. Em 1986 encontramos o encaminhamento para formulação do SUS que dentre suas diretrizes está a descentralização.

Em resumo, a 8ª CNS, segundo Escorel (2008), além de debater, aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, a saúde como direito à cidadania e dever do Estado, idealizou novas bases financeiras para o setor e criou

instâncias institucionais para a participação popular. O relatório consolidou as propostas do movimento sanitário, incluindo outras vertente e participantes; e sistematizou a Reforma Sanitária enquanto projeto, através da criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (PAIM, 2008, apud ESCOREL, 2008; GOULART, 1996).

### 2.2.3.2 A Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária, segundo a FIOCRUZ (2020), surgiu em um contexto de luta contra a ditadura, no início dos anos 1970. A utilização do termo referia-se ao conjunto de ideias que se relacionavam com mudanças e transformações importantes na área da saúde. Essas mudanças envolviam todo o setor saúde, com o objetivo de melhorar as condições de vida da população (FIOCRUZ, 2020). Como gatilho, afirma Fleury (2009), estavam as crises: do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, do sistema de prestação de serviços de saúde, mesmos motivos que levaram à mobilização dos movimentos Municipalista e Sanitário. Desse modo, entendemos que há uma complementariedade entre eles.

Escorel (2008) afirma que a expressão apareceu em 1977 no editorial do terceiro número da revista “Saúde em Debate”, organizada pelo Cebes, da seguinte forma: *“democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde públicos sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada”*. A autora destaca que, enquanto lema, a “Reforma Sanitária” teve sua origem na experiência italiana, mas que, embora tenha persistido por algum tempo como palavra de ordem, acabou abandonada, sendo retomada somente entre 1985 e 1986 (ESCOREL, 2008).

Segundo Fleury (2009), a Reforma Sanitária se desenhou como um projeto para construção contra hegemônica de um novo estágio civilizatório por meio dos movimentos que a geraram. Para isso seriam necessárias profundas transformações culturais, políticas e institucional, que possibilitaria que a saúde fosse observada como um bem público. De acordo com a autora nortearam o processo os seguintes princípios: ético-normativo, entendendo a saúde de forma vinculada aos direitos humanos; científico, considerando os determinantes sociais no processo saúde-doença; político, defendendo a saúde como direito universal, essencial à cidadania; e sanitário, apoiando-se na proteção à saúde de uma forma integral, incluindo a promoção, o processo de cura e a reabilitação (FLEURY, 2009).

Arouca (1988, apud ESCOREL, 2008) complementa Fleury (2008) argumentando que a Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, que contém os valores que gostaríamos para a sociedade brasileira. É um processo de transformação da situação do quadro sanitário do Brasil, embasado em, no mínimo, quatro dimensões: específica, que se refere ao fenômeno saúde/doença; ideológica; e das relações sociais que direcionam a produção e distribuição de riquezas (AROUCA, 1988 apud ESCOREL, 2008).

Jairnilson Paim, estudioso da Reforma Sanitária, a examinou a partir da ótica de que é um ciclo pautado na composição entre “ideia, proposta, projeto, movimento, processo”, entendendo-a como uma *reforma social* que foca na democratização (2008, apud ESCOREL, 2008):

- da saúde, enfatizando o reconhecimento do direito à saúde com o objetivo de garantir o acesso universal e igualitário no SUS, bem como a participação na formulação e gestão de políticas, elevando a consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes;
- do Estado e de seus aparelhos, buscando endossar a descentralização do processo de tomada de decisões e do controle social, assim como sua fundamentação deve considerar a ética e a transparência dos governos;
- da sociedade por meio do alcance dos espaços de organização econômica e cultural, por meio da produção e distribuição justa tanto da riqueza quanto do saber, adotando uma “totalidade de mudanças” para um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde e mediante uma reforma moral e intelectual (PAIM, 2010 apud ESCOREL, 2008).

A Reforma Sanitária, por meio de suas propostas, foi responsável tanto pela universalidade do direito à saúde, conforme podemos conferir atualmente na Constituição Federal de 1988, como pela criação do SUS (FIOCRUZ, 2020).

#### 2.2.3.3 1988: a saúde é, enfim, um direito constitucional

A Constituição Federal de 1988 consolidou as expectativas dos movimentos anteriormente citados, bem como da terceira e da oitava CNS. Atualmente a saúde no Brasil

está entre os direitos sociais previstos em nossa Carta Magna, junto à educação, trabalho, lazer, moradia, alimentação, transporte, segurança, proteção à maternidade e à infância, previdência social e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). Há ainda na Constituição um capítulo especial para a saúde, afirmando que esta seria resultado das condições de educação, habitação, alimentação, renda, trabalho, meio ambiente, transporte, liberdade, emprego, lazer, acesso aos serviços de saúde e acesso e posse da terra (BRASIL, 1988). Esses dispositivos nos remetem aos discursos realizados por João Goulart em 1963, durante a terceira CNS, Macedo e Arouca em 1986, na oitava CNS, nos quais identificamos que saúde seria condicionada à alimentação, à diversão, ao trabalho, entre outros fatores. Dessa forma, entendemos que a perspectiva democrática da saúde foi uma luta enfrentada por 30 anos.

Somamos a isso, a percepção de que existe uma relação de interdependência entre cada direito social, o que nos leva a entender que caso a garantia de algum direito social sofra eventuais prejuízos, os demais serão afetados, principalmente a saúde. O capítulo da Constituição que trata da saúde, inspirado pelo relatório final da 8ª CNS, confirma essa reflexão já que nele consta que, para exercer plenamente o exercício do direito à saúde, era necessário garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo em ambiente de trabalho; alimentação para todos; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (MACHADO, 2019). Assim, compreendemos a frase de Arouca (1986): *Saúde é democracia*.

De acordo com Machado (2019), para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) a luta pelo direito à saúde deve:

avançar nos investimentos em políticas de pleno emprego e de combate às desigualdades de renda, em saneamento e transporte público, na inovação da estrutura produtiva e tecnológica e no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de educação, seguridade social e segurança alimentar, bem como na superação do projeto mercantilista e do modelo biomédico, com o fortalecimento das práticas de promoção da saúde” (MACHADO, 2019).

Cardoso e Araujo (2007), pesquisadoras do Instituto de Informação Científica e Tecnológica (ICICT – Fiocruz), argumentam que o conceito ampliado de saúde e a sua conformação como um direito de cidadania, prevendo-a como dever do Estado, deram suporte ao SUS, com base em um projeto social mais amplo e democrático, comprometido com “*a superação das desigualdades sociais, com a equidade em saúde e participação social nas políticas e estratégias de saúde*” (CARDOSO; ARAUJO, 2007).

O SUS é, então, criado por meio da Lei 8.080 de 1990, tendo como bases a perspectiva de que saúde é direito e, também, dever, e o contexto de intensas lutas sociais. Como apoio a participação popular, fundamental em uma proposta democrática, foi promulgada a Lei 8.142 de 1990 que, dentre algumas providências, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, incluindo o funcionamento dos Conselhos de Saúde. No tópico a seguir trataremos do funcionamento do SUS.

## **2.3 O Sistema Único de Saúde: ingredientes e modo de preparo**

### **2.3.1 E, finalmente, nasce o SUS**

Observamos ao decorrer dos tópicos anteriores que a consolidação da saúde como direito foi fruto de um processo de lutas que duraram anos e contaram com a participação de diversos atores. O pano de fundo se caracterizou pela redemocratização que, embora bem sucedida, foi um período bastante turbulento para o país porque a transição do governo autoritário para o democrático teve em seu cenário sérios problemas econômicos como a escalada inflacionária (ESCOREL, 2008).

Como tentativas para resolver a situação da economia brasileira, Escorel (2008) destacou, do período do governo de José Sarney, o Plano Cruzado, que não teve sucesso e, logo em seguida o Plano Cruzado II (conhecido como cruzado novo) que também não apresentou melhora para a situação do país. Outros planos foram desenvolvidos com o objetivo de conter a conjuntura econômica caótica pela qual passava o Brasil, a exemplo do Plano Bresser (1987) e do Plano Verão (1989), ambos sem efeito (ESCOREL, 2008).

De acordo com Escorel (2008), com caos econômico enfrentado pelo país durante o processo constituinte, o governo Sarney retornou ao antigo pacto político característico do autoritarismo e substituiu as políticas sociais-democráticas pelas conservadoras. Embora a nova Constituição tenha sido aprovada em 1988, dando à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social, em 1989 havia uma preocupação com relação à demora do estabelecimento de uma legislação para regulamentar o SUS, tendo em vista os retrocessos que poderiam atingir o projeto constitucional, ameaçado pelo quadro de instabilidade econômica, crise fiscal, ideologia neoliberal e forças privatizantes (ESCOREL, 2008).

A Plenária Nacional de Saúde conduziu as discussões da Lei Orgânica da Saúde, (lei número 8.080) e da lei complementar 8.142, ambas promulgadas em 1990 (SCOREL, 2008). A lei 8.080 dispõe: “*sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*” (BRASIL, 1990a). Já a lei 8.142 estabelece: “*a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*” (BRASIL, 1990b). Foi a partir dessas leis, portanto, que o SUS foi finalmente implementado no início da década de 90.

Deslocando-nos do campo contextual e legislativo para o campo prático, partimos para a definição do que é o SUS. O Sistema Único de Saúde, conforme Noronha, Lima e Machado (2008), é “*o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil*”, o qual é orientado por princípios e diretrizes vigentes em todo território brasileiro. O SUS, como tratado nos tópicos anteriores, tem seu embasamento no direito à saúde e em sua garantia como dever do Estado, incluindo espaços e instrumentos cujos objetivos são democratizar e compartilhar o processo decisório, bem como a gestão do sistema de saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Através da lei 8.080, de 1990, a materialização da política de saúde brasileira é dada a partir do seguinte texto: “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008; BRASIL; 1990). O Ministério da Saúde (2020) afirma que o SUS é composto por uma ampla rede em que se inserem ações e serviços de saúde, que devem ter uma gestão solidária e participativa entre a União, os Estados e os municípios (MS, 2020a).

Como responsabilidade do SUS, Noronha, Lima e Machado (2008) enumeram as seguintes ações:

- atividades individuais ou coletiva dirigidas à toda população, visando a promoção da saúde e a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação tanto de agravos quanto de doenças;
- serviços ambulatoriais (especialidades básicas da medicina), hospitalares, em unidades que fazem o apoio diagnóstico e terapêutico cuja gestão é de responsabilidade dos governos, e domiciliares;
- ações que englobam as diferentes complexidades e custos, a exemplo da aplicação das vacinas, das consultas médicas, até cirurgias e transplantes;
- intervenções ambientais que incluem as condições sanitárias nos ambientes

de trabalho e moradia, a produção e a circulação de bens e serviços, além do controle de vetores/hospedeiros e operação dos sistemas de saúde ambiental;

- instituições públicas com funções de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos, etc.

### 2.3.2 Princípios e diretrizes do SUS

O funcionamento do SUS é norteado por princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde, que podem ser divididos em doutrinários e organizativos (MS, 2020).

Os princípios doutrinários são:

- a) acesso universal: sendo a saúde um direito de cidadania de todos e, portanto, dever do Estado assegurá-lo, todos têm direitos iguais na obtenção das ações e serviços, independente das características como raça ou classe social (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008; MS, 2020a);
- b) equidade: princípio que se embasa na ideia de que o direito à saúde deve considerar as diferenciações sociais e atender a diversidade, resultando em atendimentos que respeitam as necessidades de cada indivíduo (FIOCRUZ, 2020);
- c) igualdade na assistência à saúde: é vedado qualquer tipo de discriminação no acesso ao serviço (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008);
- d) integralidade de assistência: de acordo com a lei, é o conjunto articulado e contínuo tanto das ações como dos serviços de prevenção e cura, coletivos e individuais, significando que as ações de prevenção e de promoção da saúde não estão dissociadas das assistências ambulatoriais e hospitalares (incluindo o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação) (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008);

Dentre os princípios organizativos temos:

- a) hierarquização e regionalização: dizem respeito à organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, considerando a área geográfica e suas dinâmicas territoriais específicas, planejamento embasado por critérios

- epidemiológicos e determinados pelo conhecimento da população que será atendida (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008; MS, 2020a);
- b) descentralização político-administrativa: redefinição das responsabilidades entre os entes federativos, democratizando e melhorando a eficiência e efetividade das prestações de contas e do acompanhamento das políticas públicas. A descentralização está relacionada ao planejamento da distribuição das ações e serviços, considerando a hierarquização e a regionalização.
  - c) participação da comunidade: garantia da participação da população, por meio de entidades representativas, nos processos de formulação das políticas de saúde (auxiliando nas diretrizes e prioridades), na fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais referentes ao SUS e do controle e avaliação dos serviços e ações em todas as esferas governamentais;

### 2.3.3 Quem são e o que fazem os atores do SUS?

Conforme observamos no tópico anterior, o SUS tem como um de seus princípios organizativos a descentralização político-administrativa, a partir da qual co-responsabilidades são distribuídas aos entes federativos. A seguir, discorreremos sobre as atribuições de cada esfera, bem como da estrutura organizacional do SUS.

#### 2.3.3.1 O papel da União

O governo federal, como principal financiador da rede pública de saúde, faz a gestão do setor por meio do Ministério da Saúde. De acordo com o MS (2020a), historicamente, a metade de todos os gastos do país seriam aplicados pela união na saúde pública brasileira, enquanto caberiam aos estados e municípios colaborar com o restante (MS, 2020a).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), além da gestão nacional e do financiamento, fazem parte de suas funções o planejamento, a formulação de normas, a avaliação e o uso de instrumentos para serem aplicados no controle do SUS. Cabe ao MS também a estruturação das políticas nacionais de saúde para que sejam realizadas por seus parceiros, tais como

estados, municípios, fundações. O MS articula suas ações junto ao Conselho Nacional de Saúde, além de atuar para pactuação do Plano Nacional de Saúde a partir da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (MS, 2020a).

A estrutura do Ministério da Saúde é composta pela Fiocruz, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into) e oito hospitais federais.

### 2.3.3.2 O papel dos estados e do Distrito Federal (DF)

De acordo com o MS (2020), os estados e o DF são seus parceiros na aplicação de políticas públicas nacionais de saúde, podendo também formular as suas próprias políticas. Dentre suas funções estão a coordenação e o planejamento do SUS em seus respectivos estados, com base na normatização do governo federal, responsabilizando-se pela organização dos serviços de saúde em seu território. Com relações aos recursos, os estados devem aplicar tanto os seus quanto os repassados pela União, em serviços estaduais como também nos municípios (MS, 2020a).

A gestão da saúde nos estados é realizada pelas Secretarias de Saúde, as quais auxiliam no desenvolvimento de políticas e ações do setor da saúde, apoiam, por meio da articulação com o conselho estadual, os municípios e fazem parte a Comissão Intergestores Bipartite com o objetivo de aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

### 2.3.3.3 O papel dos municípios

A responsabilidade dos municípios, conforme o MS (2020a) é efetivar ações e serviços de saúde em seu território, aplicando recursos repassados pela União e pelo estado, além dos seus próprios. Próprios. Os municípios podem formular suas próprias políticas de saúde e atuar como parceiros dos demais entes federativos na aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. É possível também serem feitas parcerias com outros

municípios visando a garantia do atendimento pleno da população, a exemplo de procedimentos mais complexos do que poderia oferecer (MS, 2020a).

Por meio das Secretarias Municipais (SMS), planejam, em nível municipal, o SUS, guiando-se pelas normas federais. Dentre as atribuições das SMS estão: planejamento, organização, controle, avaliação e a efetivação das ações e serviços de saúde. Sua atuação ocorre de forma articulada com o conselho municipal e o estado com o objetivo de aprovar e implantar o plano municipal de saúde (MS, 2020a).

#### 2.3.3.4 As Comissões e os Conselhos

Noronha, Lima e Machado (2008) afirmam que era necessário conciliar as características do sistema federativo do Brasil, com os princípios e as diretrizes do SUS. Por esse motivo, foram criadas as Comissões Intergestores, como instâncias de negociação e articulação intergovernamental na área da saúde, com atuações em escala nacional, estadual e regional (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

O MS (2010) define a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como um foro de negociação e pactuação composta por gestores das três esferas: federal, estadual e municipal, a fim de tratar os aspectos operacionais do SUS. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem os mesmos objetivos da CIT, porém a articulação se dá apenas entre gestores dos estados e dos municípios (MS, 2020a).

Conforme Noronha, Lima e Machado (2008), os Conselhos de Saúde surgem como uma das instâncias colegiadas voltadas para a concretização da diretriz da participação da comunidade no SUS, visando pôr em prática o controle social, a gestão participativa e estimular um círculo virtuoso entre a sociedade e as instituições públicas de saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008). Os autores argumentam que os conselhos são colegiados que tem caráter permanente e deliberativo, dos quais participam representantes do governo, profissionais da saúde, prestadores de serviços e os usuários do SUS, objetivando formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Com relação ao número de membros, o MS (2020) declara que a definição é feita por cada Conselho de Saúde, levando em consideração que 50% deve ser de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% entidades que representam os trabalhadores da área de

saúde; e 25% divididos entre os representantes de governo e os prestadores de serviços privados conveniados (MS, 2020).

Dentre essas instâncias colegiadas temos: o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), representando entes dos estados e do Distrito Federal na CIT; o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), fazendo a representação dos entes municipais na CIT; e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), como entidades que representam os organismos municipais, no contexto estadual, sendo necessária a vinculação institucional ao Conasems, de acordo com seus estatutos. Todos tratam de matérias concernentes à saúde (MS, 2020a).

### 2.3.3.5 Terceiro setor e rede privada: instituições não governamentais na saúde brasileira

A Constituição Federal de 1988 determina, no artigo 199, que a assistência à saúde brasileira é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a Fiocruz (2020) afirma que a gestão da saúde no Brasil é híbrida, caracterizada pelo funcionamento concomitante entre a rede de atendimento pública, gratuita, e a rede privada.

A forma de atuação da rede privada inclui entidades do Terceiro Setor, filantrópicas e organizações sem fins lucrativos, e as operadoras de planos de saúde, que trabalham com hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios particulares. O dispositivo constitucional enfatiza que é vedado o repasse de recursos públicos para financiar auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. Desse modo, entendemos que o Terceiro Setor, representado por instituições privadas, recebe recursos públicos para complementar os serviços do SUS, enquanto os planos ou seguros de saúde são mantidos pelo pagamento de seus clientes.

Cabe destacar que a defesa da articulação do SUS com o Terceiro Setor é feita com base na ideia de que possibilitaria a ampliação da democracia, faria frente à “ineficiência” e à redução da capacidade de intervenção social do Estado (ANTUNES, 2013).

A participação da rede privada é oportunizada por contratos de direito público ou convênios, priorizando-se a filantropia e as organizações sem fins lucrativos. A regulamentação é de responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que o faz por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 de 27 de outubro de 2000 (BRASIL, 1988; FIOCRUZ, 2020).

A filantropia no setor da saúde é classificada no artigo 17 da RDC nº 39 como:

as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente (RDC/ANS, 2000).

De acordo com Canabrava et al (2007), as entidades filantrópicas têm papel relevante na assistência hospitalar devido a suas amplitudes geográficas e pela capilaridade de rede, tornando-as aptas a cumprir papel importante para tornar o acesso à saúde universal. Os autores exemplificam com o caso dos municípios pequenos onde um hospital filantrópico é o único estabelecimento de saúde (CANABRAVA ET AL, 2007).

Considerando o papel estratégico desse setor e a tendência à uma política formada por parcerias envolvendo Estado, sociedade e mercado, Canabrava et al (2007) destacam a instituição de diversos dispositivos legais voltados para o fortalecimento e reordenamento dessas relações. É nesse contexto que, segundo os autores, são implementadas as Organizações Sociais (OSs), por meio da Lei nº 9.637 de 1998 (CANABRAVA ET AL, 2007). Podemos encontrar a definição das OSs no artigo 1º, que diz:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998).

Coelho e Greve (2016) ilustram o papel das OSs na saúde (OSSs), por meio da prática em contratos relacionados a: gestão em hospitais públicos administrados por funcionários públicos; gestão em hospitais e centros de saúde públicos dirigidos por OSSs; contratos com autarquias ou fundações públicas; convênios com OSSs voltados para recursos humanos, através do fornecimento de profissionais de saúde, a exemplo da contratação de trabalhadores para atuar em Unidades Básicas de Saúde (COELHO E GREVE, 2016).

A participação da rede privada no SUS é bastante complexa e até mesmo polêmica pois, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2020), a hibridização do sistema gera uma contradição entre a proposta de universalidade do sistema de saúde brasileiro e a atuação da rede privada. Com relação as OSSs, a Fiocruz destaca a existência de críticas acerca de problemas relacionados ao acesso, desvios de recursos públicos, relação de trabalho precarizada (FIOCRUZ, 2020).

Podemos citar a gestão atual da saúde no município do Rio de Janeiro como um exemplo não apenas da prática das OSSs como também das críticas mencionadas pela Fiocruz (2020). Aprofundaremos essas questões no tópico que trata dos desafios do SUS.

#### 2.3.4 A porta de entrada do SUS: A Atenção Básica em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A integralidade, conforme observamos no início deste tópico, é um dos princípios doutrinários do SUS. Paim (2009) afirma que para efetivar que o sistema de saúde seja, de fato, integral, é necessário que se garanta a continuidade dos atendimentos. Desse raciocínio surge a divisão dos níveis de atenção à saúde em: atenção primária, ou básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção hospitalar (PAIM, 2009).

A Atenção Básica em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção no SUS, sendo conhecida como a porta de entrada do usuário no sistema (PAIM, 2009; FIOCRUZ, 2020b). Vinculado ao MS, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) é o órgão que coordena a APS, definindo-a como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (SAPS, 2020).

Paim (2009) destaca que a maioria dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas é simples e teriam a possibilidade de serem resolvidos nos serviços básicos, na esfera municipal. Dessa forma, fica evidente a importância da APS como um serviço que ajuda a não congestionar os demais níveis de atenção. A SASP (2020) complementa essa ideia, afirmando que a Atenção Básica tem um funcionamento semelhante a um filtro, o qual organiza o fluxo dos serviços nas redes de saúde.

A SAPS (2020), enfatiza que desenvolvimento da Atenção Primária é feito com o grau elevado de descentralização e capilaridade, buscando estar mais próxima da vida dos brasileiros (SAPS, 202). Nesse sentido, podemos entender a Atenção Primária à Saúde como uma conquista dos movimentos que lutaram pela reforma sanitária, já que o termo começa a entrar em discussão a partir da Conferência de Alma Ata, em (1978), como uma importante estratégia para a municipalização da saúde brasileira.

De acordo com Paim (2020) a APS conta com o trabalho de equipes multiprofissionais, desempenhando ações de prevenção e promoção a saúde. Dentre suas especialidades encontramos: clínica geral (médica), ginecologia, obstetrícia (PAIM, 2020). Estratégias governamentais também são desenvolvidas pela APS (SASP, 2020).

A Estratégia de Saúde da Família está vinculada à APS e tem como finalidade a promoção da qualidade de vida, buscando intervir nos fatores prejudiciais à saúde como a má alimentação (MS, 2020). O Ministério da Saúde (2020b) afirma que a ESF se fortalece como a porta de entrada no SUS, a partir da atenção integral, contínua e equânime, verificamos assim as características necessárias aos serviços da APS.

Segundo o MS (2020b), a Estratégia de Saúde da Família é ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) da região e atua visando garantir maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções sugeridas pelos profissionais, as equipes de saúde trabalham de forma mais aproximada ao usuário, conhecendo a pessoa, a família e a vizinhança. Dessa forma, muitos problemas de saúde podem ser resolvidos ainda na Atenção Básica, os casos que necessitam maior complexidade são encaminhados aos demais níveis de atenção pela ESF (MS, 2020b).

As equipes da ESF são multiprofissionais, denominadas *equipe de Saúde da Família – eSF* – e devem ser compostas por no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (MS, 2020b). O Ministério da Saúde destaca que podem ser acrescentados a essas equipes os profissionais de Saúde Bucal (MS, 2020b).

O papel da Estratégia de Saúde da Família é fundamental tanto para a APS, quanto para a comunidade e podemos verificar a importância a conhecer as atividades básicas pelas quais são responsáveis. Segundo o MS (2020b) as responsabilidades da ESF são:

conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (MS, 2020).

Com a função de consolidar a APS e apoiar a ESF, em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja regulamentação foi feita através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MS, 2020c). O NASF é formado por equipes multiprofissionais com atuação integrada às equipes de Saúde da Família (eSF), permitindo: uma atuação integrada; o compartilhamento do atendimento entre os profissionais; o desenvolvimento de projetos terapêuticos de forma conjunta, ampliando e qualificando as intervenções no território e na saúde de grupos da comunidade; ações intersetoriais focadas prioritariamente na prevenção e promoção da saúde.

Outros importantes atores na ESF são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm uma história de cerca de 30 anos. De acordo com o MS (2020d), o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) foi iniciado no final da década de 1980, para atuar em regiões específicas como Nordeste, São Paulo e Distrito Federal, voltando-se para a busca de alternativas que pudessem melhorar as condições de saúde das comunidades. Cabe destacar que os agentes de saúde formavam uma nova categoria de trabalhadores composta por membros das próprias comunidades que trabalhavam e participavam da saúde prestada localmente (MS, 2020d).

O Ministério da Saúde (2020e) enfatiza que os ACS têm papel fundamental nas eSF pois são os responsáveis pelo acolhimento e, por serem membros da comunidade, conseguem que os vínculos sejam criados de forma mais fácil, favorecendo que haja um contato mais direto com a equipe. O MS (2020d) afirma ainda que os agentes comunitários desempenham a difícil tarefa de transitarem entre governo e comunidade, intermediando essa interlocução.

### 2.3.5 O SUS no município do Rio de Janeiro

Ratificando o que observamos no tópico sobre os atores do SUS, a saúde pública no município do Rio de Janeiro é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a qual cabe a reformulação e a execução da política municipal de saúde (SMSRJ, 2020). De forma geral, por ser a gestora plena do SUS na cidade, cabe à SMS garantir o atendimento universal da população, por meio da Atenção Primária e dos atendimentos de urgência e emergência (SMSRJ, 2020). Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro afirma que uma de suas funções é a organização das prioridades da saúde pública no município, utilizando como base as características e as demandas típicas da população da cidade (SMSRJ, 2020).

As unidades de saúde sob responsabilidade do município abrangem tanto a atenção básica quanto os serviços de média e alta complexidade. São elas:

- a) Clínicas da Família: por ser parte da APSA, é a porta de entrada do usuário do SUS, com atendimentos voltados para ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças. Como uma unidade básica de saúde, o corpo de profissionais é formado pelas equipes de Saúde da Família, contando também com o NASF. Dentre os serviços oferecidos estão: Consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; vacinação; pré-natal e puerpério; saúde bucal; ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; planejamento familiar; exames laboratoriais e de imagem; Programa Academia Carioca; controle do tabagismo; prevenção, tratamento e acompanhamento das DTS e HIV; acompanhamento de doenças crônicas (SMSRJ, 2020). Atualmente a gestão das Clínicas da Família são feitas pelas OSS. Conforme observamos no capítulo anterior, nossos experimentos foram realizados na Clínica da Família Doutor Felipe Cardoso, localizada no bairro da Penha.
- b) Centros Municipais de Saúde – CMS: unidades que também compõe a Atenção Primária, com funcionamento semelhante às Clínicas da Família, porém oferece menos serviços (SMSRJ, 2020b).
- c) Policlínicas: unidades de Atenção Secundária, com equipes multiprofissionais, oferecem atendimentos ambulatoriais especializados, como: consultas especializadas (ginecologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia); serviços de nutrição, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional; pequenas cirurgias; Práticas Integrativas e Complementares; atendimento odontológico especializado (SMSRJ, 2020c).
- d) Centros de Atendimento Psicossociais – CAPS: unidades voltadas para o acolhimento de pessoas com crises em saúde mental, atendimento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais. As equipes do CAPS são multiprofissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais), oferecendo atendimento interdisciplinar. Atuam de forma articulada com as demais unidades de Saúde e setores e, nas estratégias de cuidado, buscam incluir a família e a comunidade. O acesso pode ser feito por vontade do próprio usuário do sistema de saúde, ou por encaminhamentos de unidades de atenção

- básica, especializada, emergências ou clínicas psiquiátricas (SMSRJ, 2020d).
- e) Urgência e Emergência: rede formada pela UPA (Unidade de Pronto Atendimento), CER (Coordenação de Emergência Regional) e hospitais para grande emergência. A UPA tem um nível de atenção intermediário, já o CER faz atendimentos de menores complexidades. O trabalho dessas instituições de saúde é feito com base em uma política de acolhimento e classificação de risco, fazendo a distribuição dos pacientes entre as unidades a partir do grau de complexidade dos quadros, o que deveria evitar a sobrecarga de algumas, reduzir o tempo de espera e permitir que os hospitais se dediquem aos casos mais graves. Os hospitais de emergência e grande porte lidam com as emergências mais graves, as internações e casos cirúrgicos, salvando vidas que estão em risco iminente (SMSRJ, 2020e).
  - f) Hospitais especializados: rede composta por hospitais especializados, hospitais de menor porte, psiquiátricos, geriátricos e de pediatria. O acesso é feito por meio do encaminhamento pela Atenção Primária (SMSRJ, 2020f).
  - g) Maternidades Municipais: ligadas ao programa Cegonha Carioca, cuja função é garantir o cuidado para a mãe e o bebê, oferecendo incentivos ao pré-natal e fornece transporte em ambulância para a maternidade, quando chegar a hora do parto. O acesso à rede, que inclui uma casa de parto, além das maternidades, também pode ocorrer por demanda espontânea de gestantes que chegam à unidade precisando de atendimento (SMSRJ, 2020g).
  - h) Institutos: a rede de saúde da cidade do Rio de Janeiro conta ainda com o Instituto de Nutrição Annes Dias (Inad) e a Unidade de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman. O Inad se responsabiliza pela regulação e normatização de ações de alimentação e nutrição, concebendo, implementando, acompanhando e avaliando, de forma conjunta com outros órgãos reguladores. Tem como função também supervisionar e avaliar os serviços de nutrição dos hospitais e das unidades básicas de saúde, além da participação no Programa de Alimentação Escolar e no Programa de Alimentação ao Trabalhador. Já a Unidade de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman oferece serviços gratuitos e atendimentos especializados a baixo custo para animais de estimação, além de promover adoções (SMSRJ, 2020h).

### 2.3.6 Os usuários do SUS: os direitos referentes ao acesso e à participação

No decorrer deste capítulo observamos que a criação e implementação do SUS está atrelada à consolidação da saúde como um direito do brasileiro. Nesse sentido, em 2007 o Ministério da Saúde publicou a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, na qual são listados os direitos dos usuários. O documento é composto por seis princípios básicos que objetivam garantir o ingresso nos sistemas de saúde, tanto público quanto particular, de forma digna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). De acordo com o MS (2007) todo cidadão tem direito:

- ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A carta destaca ainda que a responsabilidade para que o tratamento aconteça de forma adequada também é um dever de todo cidadão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Além dos direitos relacionados ao acesso e ao tratamento, é importante falarmos sobre o direito à participação na gestão sistema de saúde, conquistado após anos de luta pela Reforma Sanitária.

A Organização Pan Americana de Saúde (2019) entende a participação como um instrumento fundamental para aprofundar e amadurecer a democracia, sendo o ato de participar uma forma de praticar os direitos políticos e sociais, tanto individual quanto coletivamente, e está voltada para a influência nas decisões que são de interesses coletivos e para o exercício da cidadania. (OPAS, 2019).

Esse entendimento da OPAS vai ao encontro do pensamento que influenciou a criação do SUS, apresentado pela revista “Saúde em debate”, veiculada em 1977. A publicação, desenvolvida por integrantes do movimento sanitário, citou tanto a democracia quanto a participação em seus debates, destacando-se o trecho: *democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde públicos sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada* (ESCOREL, 2008).

Já em 1986, segundo Escorel (2008), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, importante marco para a inclusão da saúde como um direito na Constituição Federal de 1988, incluiu entre os participantes, pela primeira vez na história das Conferências de Nacionais de Saúde, os usuários do sistema de saúde, indicando um primeiro passo para a participação popular no setor. Dois anos após, a relação entre o direito, a participação e a saúde foram explicitadas a partir da inserção da saúde no capítulo da Constituição Federal de 1988 que trata da Seguridade Social. Foi determinado no conteúdo do artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado e, no inciso III no artigo 198, que a participação da comunidade é uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde (ESCOREL, 2008; BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 de 1990, implementando o SUS e afirmando a saúde como direito, traz no artigo 7º:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] VIII - participação da comunidade [...] (BRASIL, 1990)

Conforme Noronha, Lima e Machado (2008), esse princípio é a garantia de que a população possa participar do processo de elaboração e implantação da política de saúde, da fiscalização do cumprimento do que é previsto pelo SUS, e do controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde. Essa participação, segundo os autores, ocorre via entidades representativas e se materializa no SUS por meio dos conselhos e das conferências de Saúde, as quais funcionam como um canal permanente de interação e diálogo entre quem faz a gestão, os profissionais do setor da saúde e a população (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Considerando, portanto, a participação no SUS e nas políticas de saúde um direito do cidadão, o Estado tem o dever de garantir o seu pleno gozo. Nesse sentido, Noronha, Lima e Machado (2008), afirmam que cabe ao governo garantir a existência de espaços que possibilitam a participação social em processos tanto de formulação quanto de implantação da política de saúde, bem como dar transparência ao planejamento e prestação de contas sobre as ações públicas que desenvolvem (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Em 2008, os autores afirmavam que a garantia do princípio da participação da comunidade apresentava dois desafios para o Estado: o funcionamento efetivo dos conselhos que costuma ser variável entre os municípios e as Unidades Federativas; e o predomínio sobre as políticas do caráter consultivo ao invés do deliberativo (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Propor que a participação cidadã ocorra apenas nos conselhos não é garantir o direito de fato à participação popular esperado em um sistema único de saúde, principalmente quando é perceptível que o ato de participar se refere apenas à consulta popular, a qual podemos ler, por meio de Bordenave (1983) como os segundo e terceiro graus de participação, *consulta facultativa* e *consulta obrigatória*, tendo evoluído apenas em relação ao nível inicial que é a *informação*.

Dessa forma, cabe retomar Machado (2019) que, uma década após a afirmação de Noronha, Lima e Machado (2008), período em que SUS completou 30 anos, enfatizou a importância do foco na gestão estratégica e participativa, reforçando os mecanismos de controle social. Além do controle, acreditamos que é preciso investir em outras formas de participação na saúde, para isso, propomos utilizar o design aliado à colaboração para criar outras possibilidades que auxiliem no reforço do princípio do SUS.

## **2.4 Promovendo o encontro entre saúde e design no contexto brasileiro**

### **2.4.1 Inspirações teóricas para repensarmos a saúde**

Na América Latina a visão do Bem Viver vem emergindo como um caminho para superarmos a complexa situação em que nos encontramos. Pablo Solón (2019) afirma que o conceito do Bem Viver (*Buen Vivir* ou *Vivir Bien*) está em construção e não possui uma definição única sendo até mesmo alvo de disputa, caracterizando-se como espaço onde ocorrem controvérsias e diálogos e no qual não existe uma verdade absoluta, mas sim múltiplas verdades. O autor destaca que o termo Bem Viver é uma tradução incompleta de *suma qamaña* e *sumak kawsay*, sendo o primeiro de origem peruana e o segundo do Equador equatoriana, visto que haveria um conjunto mais complexo de significados tais como “vida plena”, “vida doce”, “vida harmoniosa”, “vida sublime”, “vida inclusiva”, “saber viver” (SOLÓN, 2019).

De acordo com Acosta (2016) o Bem Viver é uma filosofia que se contrapõe ao chamado “viver melhor” ocidental, característico do capitalismo, que explora os recursos disponíveis ao seu máximo, acabando com as fontes básicas da vida. O viver melhor indica que poucos vivem bem e às custas de uma maioria que vive mal, isto é, uma minoria vive melhor às custas de muitos. Com relação direta com o capitalismo, o viver melhor representa

uma competição permanente entre os semelhantes visando sempre o aumento da produção, assim, o autor destaca que se trata de disputar ao invés de harmonizar (ACOSTA, 2016).

A partir do entendimento de que o Bem Viver se opõe ao “viver melhor”, percebemos então que é uma alternativa ao capitalismo entendido como “deterioração da qualidade de vida” (ACOSTA, 2016), que teria se materializado em crises econômicas e ambientais; marginalização; iniquidades; discriminação; péssimas condições de vida da maioria da população; pobreza, entre outras mazelas emblemáticas do Antropoceno. Em mais uma contraposição ao capitalismo, o Bem Viver se embasa nos Direitos Humanos e nos direitos da natureza, além de se inspirar em relações recíprocas e solidárias.

Solón (2019) destaca alguns elementos centrais para entendermos a essência e a força do Bem Viver, dos quais destacamos os seguintes: a visão do todo; a convivência na multipolaridade; e a busca pelo equilíbrio.

A visão do todo, segundo o autor, é o ponto de partida das alternativas sistêmicas. Seguindo o conceito andino da “Pacha”, o todo está em movimento constante e engloba a compreensão indissolúvel de espaço e tempo. A Pacha se refere ao mundo dos humanos; dos animais; das plantas; o “mundo de cima”, como o sol e as estrelas; o “mundo de baixo”, dos espíritos e dos mortos; trazendo ao Bem Viver a ideia de que tudo está interconectado, formando uma unidade.

Com relação ao tempo, no Bem Viver passado, presente e futuro se relacionam e convivem de forma dinâmica, significando que o passado sempre está presente sendo recriado pelo futuro. Solón (2019) destaca a expressão aimará (peruana) que diz: para caminhar adiante, há de olhar sempre para trás. A noção do tempo, conforme o autor, é desenhada como um espiral no qual entende-se que todo avanço dá voltas, tudo se transforma (SOLÓN, 2019).

De acordo com Solón (2019) na Pacha todos têm vida e a vida só se explica pelas relações entre as partes e o todo. Nesse sentido, a relação com o todo se mostra também a partir do homem e da natureza, indicando que somos parte da natureza, logo, o controle da natureza não é feito pelo homem, a natureza é, então, cuidada. O autor argumenta que a sociedade deve ser entendida como uma comunidade na qual o todo e a natureza são o centro. Enquanto comunidade da Pacha, somos um todo indissolúvel em um eterno processo de mudança cíclica (SOLÓN, 2019).

A noção de um todo interconectado traz consigo uma percepção de que para viver bem é necessário valorizar todas as experiências e uma série de aprendizados como comer bem, dormir bem, beber bem, cuidar da natureza, trabalhar pela comunidade, respeitar tudo o que nos rodeia (SOLÓN, 2019).

Solón enfatiza que, para o Bem Viver, as políticas favoráveis são as que consideram o todo, atuando para todas as partes e não atendendo apenas ao interesse de algumas, resultando no desequilíbrio do todo. Assim as políticas devem contemplar medidas que entendem as múltiplas dimensões e inter-relações de todas as partes (SOLÓN 2019).

Outro importante elemento do Bem Viver é a convivência na multipolaridade. Solón (2019), afirma que no Bem Viver sempre existe uma dualidade, com base em pares contraditórios. Como exemplo o autor destaca que o bem e o mal convivem, assim como o indivíduo e a comunidade são pólos de uma unidade, condicionando a existência de uma pessoa à atuação pelo bem comum da comunidade na qual está inserida. Dessa forma, entende-se que sem comunidade não há indivíduo da mesma forma em que não há comunidade sem seres singulares (SOLÓN, 2019).

Solón (2019) destaca que a convivência na multipolaridade também contempla o conviver com as diferenças contrapondo-se à anulação delas, com o objetivo de evitar a desestabilização do todo como resultado do agravamento e da polarização das desigualdades. O autor chama atenção para a importância do aprender e do reaprender a viver em comunidade, respeitando a multipolaridade (SOLÓN, 2019).

O terceiro elemento que destacamos é a busca do equilíbrio entre aqueles que fazem parte do todo em um conviver pautado pela harmonia. Solón (2019) argumenta que a harmonia almejada pelo Bem Viver vai além da relação entre os seres humanos, compreendendo também a convivência entre humano e natureza, o material e espiritual, a sabedoria e o conhecimento, entre as diversas culturas e as diversas realidades e identidades (SOLÓN, 2019)

É possível completar a argumentação de Solón (2019) por meio da afirmação de Acosta (2016) sobre o Bem Viver ser uma filosofia que se consolida na harmonia, no equilíbrio e na convivência dos seres humanos com todos os demais seres que habitam o nosso planeta. Nesse sentido, Acosta (2016) dialoga com Solón (2019) ao declarar que a harmonia é a conexão e interdependência do ser humano com a natureza, significando que há uma convivência harmônica do indivíduo com si mesmo, com a sociedade e da própria sociedade com o planeta (ACOSTA, 2016).

É importante que tenhamos a clareza de que o equilíbrio do qual o Bem Viver se embasa não é eterno ou perene, Solón (2019) enfatiza que do equilíbrio resultam novas contradições e desencontros, que exigem novas ações de reequilíbrio. Não existe um equilíbrio perfeito e sem contradições. O autor alega que o processo de reequilibrar é a fonte principal do movimento: a mudança cíclica no tempo-espço. Cabe destacar também que o equilíbrio no Bem Viver não tem relação com a estabilidade perseguida pelo capitalismo,

tendo como característica o dinamismo e não objetivando o alcance de um equilíbrio perfeito. O Bem Viver, entende Solón, pretende buscar o bem-estar e o equilíbrio ativo e transformador do todo (SOLÓN, 2019).

Com base na leitura de Solón (2019), tornar o Bem Viver possível depende de um conjunto holístico de ideias em diversos níveis, além de seres fundamentais os seguintes aspectos: totalidade e integralidade. Nesse sentido, é importante pensar o papel do Estado de forma integrada à vida em comunidade.

Solón (2019) afirma que um erro crucial para o desenvolvimento do Bem Viver foi a crença de que o poder do Estado teria a plena capacidade de fazê-lo e, portanto, sua proposta é que essa construção fosse feita pela sociedade. Ao se colocar o Bem Viver em um formato constitucional essa convicção foi reforçada e trouxe o pensamento de que o era possível evoluir mediante um plano estatal. O Estado com todo o poder vai de encontro ao Bem Viver pois a sociedade é que deveria se autodeterminar, contestando a dinâmica atroz vinculada a todo poder estatal (SOLÓN, 2019).

Dessa forma, argumenta Solón, o papel do Estado no Bem Viver não deveria ser o de organizar e planificar a sociedade, mas sim atuar como um fator de contribuição para o desenvolvimento de capacidades das comunidades e das organizações sociais. O autor afirma que é necessário o Estado: *“estimular que as pessoas se informem, conheçam, analisem, debatam, questionem, construam políticas públicas e, em muitos casos, as executem, sem esperar pela luz verde do Estado”* (SOLÓN, 2019).

É fundamental para o Bem Viver, que haja uma democracia real e efetiva, para que se consiga avançar em relação à autogestão, autodeterminação, empoderamento das organizações sociais e das comunidades (SOLÓN, 2019).

Observamos na leitura de Haraway (2016) a visão do Chtuloceno como uma era em que o homem deixa de ser o centro em cuja realidade se dá por múltiplas relações. Para o Bem Viver há uma outra proposta de era, porém esta seria embasada pela recuperação da cosmovisão dos povos nacionais indígenas. O foco está na vida em pequena escala, sustentável, e equilibrada como requisitos para a garantia de uma vida digna. Nessa nova era deve haver a seguinte mudança no Antropoceno: o ser humano continua como centro das atenções, no entanto é necessário que esse centro contemple o viver em comunidade e em harmonia com a natureza. Por fim, Solón (2019) afirma que o Bem Viver traz a proposta do respeito, do equilíbrio, da complementaridade entre as diversas parte do todo.

Arturo Escobar, antropólogo colombiano, entende que o Bem Viver oferece tangíveis e imaginárias orientações para nos movermos através de caminhos de transição, que mapeiam todo um domínio para as iniciativas possíveis de design de transição (ESCOBAR, 2018).

O antropólogo recorre a Manzini (2015) para discorrer sobre o tema do design para transições. O designer italiano afirma que a transição diz respeito a aprender a viver, a viver bem em novas ilhas, antecipando como será a qualidade de vida no continente emergente. Escobar (2018) destaca que a transição emerge, não podendo ser projetada, dependendo de processos dinâmicos de interação, auto-organização e outras organizações. O princípio da “emergência” se constrói por meio de interações entre as multiplicidades de ações locais que dão origem ao que, para um observador, pareceria ser uma nova estrutura ou um todo integrado. Nesse sentido, o autor discorre sobre o “relacional”, destacando a produção de interações.

A partir da questão das interações, Escobar (2018) propõe que a autonomia é a teoria e a prática da interexistência, ou seja, o design para o pluriverso, demandando diálogos e alianças com outras pessoas, setores ou grupos. A autonomia envolve a articulação dos projetos de vida das comunidades, centrados no Bem Viver, e o projeto político dos movimentos sociais, centrados na defesa do território (ESCOBAR, 2018).

É possível destacarmos três importantes argumentos do antropólogo colombiano para pensar a autonomia: é um processo cultural, ecológico e político que envolve formas autônomas de viver e de tomada de decisão; ocorre em uma dimensão de base local, que resulta da *(re)construção* dos territórios da diferença e da resistência; conta com a tomada de decisão de mulheres, já que, de acordo com o autor, historicamente, mulheres possuem maior capacidade de resistir a pressões em seus territórios e recursos, além de defender caminhos de “ser” coletivos (ESCOBAR, 2018). É importante ressaltar que ao retomarmos essa centralidade da mulher não como um fardo histórico, mas sim por meio da ressignificação, recolocando a importância dos processos coletivos e de cuidado. Cabe destacar, também, que, para Escobar (2018), autonomia não significa “capturar o Estado”, mas sim pegar de volta as chaves de áreas da vida social que estão colonizadas.

Escobar (2018) entende que o design tem papel na autonomia. De acordo com o autor, o design autônomo vem como uma resposta para urgência pela inovação e criação de novas formas de vida que resultam das lutas, formas de contrapoder e de projetos de ontologias relacionais ativadas politicamente. O design para a transição compreende o design com as comunidades e movimentos sociais lutando pela defesa do território, devendo reforçar a autonomia da comunidade e a realização da sua continuidade (ESCOBAR, 2018).

Ao longo deste capítulo foi possível perceber a complexidade do tema da saúde, tanto pelos conceitos trabalhados internacionalmente, quanto pelas questões referentes à prática da saúde no Brasil. A visão relacional pela qual propomos olhar a saúde é embasada pelas alternativas que se configuram por relações, como podemos identificar na simpoiesis de Donna Haraway, no Bem Viver na América Latina e no Design Autônomo de Arturo Escobar, como um caminho possível para reduzirmos as dificuldades brasileiras, nos inspirando no conceito da Saúde Pública Ecológica.

A partir do histórico da construção e consolidação do SUS, desenvolvido ao longo deste capítulo, podemos verificar que as mudanças na saúde brasileira se deram em períodos conturbados, ou, como diria Donna Haraway (2016), turbulentos.

Identificamos esse cenário de crise na década 1980, período marcado pelo fim do governo autoritário e início da redemocratização, no qual a luta dos movimentos sociais foi fundamental para os avanços democráticos expressos na Constituição de 1988, dentre eles a Movimento Sanitário e a conquista da inclusão da saúde como direito social do cidadão brasileiro.

Atualmente estamos vivenciando um outro período complexo: crise do capitalismo, medidas impopulares para contê-la, como as reformas trabalhista e da previdência, além da EC 95 de 2016, que vêm ameaçando os direitos sociais no Brasil; as crises ambientais; e a pandemia da COVID-19, em que houve a dicotomização *saúde x economia*. Todas essas questões influenciam diretamente nossa saúde; portanto é fundamental que sejam repensadas as nossas práticas, buscando novos caminhos e formulando novas relações. Dessa forma, propomos uma reflexão a partir dos seguintes pontos, que serão desenvolvidos a seguir:

- tanto a saúde quanto a doença compõem a vida;
- estamos vivendo tempos turbulentos, nos quais ficamos com os problemas desse mundo complexo, tentando ser saudáveis, inclusive durante uma pandemia;
- o contexto brasileiro, nos permite pensar os direitos sociais de forma complementar, formando relações entre cada um deles;
- saúde é uma questão para todas as espécies, logo “fazer com” é um caminho interessante para *ficarmos com os problemas* e estar apto para responder e tomar decisões.

Haraway (2016), ao falar do Chtuloceno, nos indica um caminho interessante para a reflexão sobre a situação da saúde no país e o desenvolvimento de alternativas: não eliminar o

passado e olhar o presente pensando no futuro, e “ficar com os problemas” assumindo os enfrentamentos da saúde pública brasileira como uma questão que envolve toda a sociedade.

A discussão sobre o Bem Viver complementa a ideia de Haraway (2016) pois Solón (2019) também encontra relações entre o passado, o presente e o futuro. O autor indica a existência de uma convivência dinâmica entre eles e argumenta que o presente está composto pelo passado, ao mesmo tempo em que é recriado pelo futuro.

Os raciocínios de Haraway (2016) e de Solón (2019) pode ser inspiração para a defesa da saúde como direito no sentido de embasar a busca por novos caminhos por meio do não apagamento da história, mas sim no aprendizado que a memória nos fornece. Ao pensarmos o SUS a partir da trajetória que percorremos no país, desde o período no qual haviam pessoas que não possuíam direito algum, passando pela conquista da saúde como direito e pelas problemáticas enfrentadas durante esses 30 anos de sistema de saúde universal, temos a capacidade de criar relações para entender como chegamos em nossa situação atual.

A partir da observação do passado temos a possibilidades de refletir sobre o que não deve mais fazer parte das relações da saúde, como a fragilização da saúde enquanto um direito a ser gozado por todos os brasileiros. Outro ponto importante do olhar atento ao passado é a análise do cenário turbulento em que o SUS foi concebido e as lutas sociais responsáveis por sua implementação, tornando possível a reflexão sobre os tempos críticos e o levante dos movimentos sociais como gatilho de transformações. Assim, podemos pensar o futuro da saúde no Brasil com base no aprendizado resultante de análises críticas, buscando repensar o SUS, não nos fechando na tentativa de regressar à proposta de 1990, ou mesmo de extinguir o sistema público para vender planos de saúde a “baixo custo”. A proposta é que, com base na expressão aimará, destacada por Solón (2019), “para caminhar adiante, há de olhar sempre para trás”, observemos as questões enfrentadas no presente considerando tanto os erros quanto os acertos, para ponderarmos sobre os caminhos e alternativas possíveis.

O reconhecimento dos estreitos laços entre passado, presente e futuro pode funcionar como um importante aliado na reflexão sobre o que é a saúde atualmente. Ao acompanhar o histórico dos conceitos da saúde percebemos que, com o passar dos anos, foram incluídos diversos fatores que faziam parte das relações que definiram o “estar saudável”. A princípio temos uma definição dicotômica, isto é, saúde era ausência de doença; mais adiante amplia-se o conceito trazendo o estado completo de bem-estar físico, mental e social, somando como condicionantes os processos biológicos, o meio ambiente, o estilo de vida e assistência à saúde.

Ao analisarmos essas mudanças conceituais, podemos verificar que não houve uma exclusão da doença na definição de saúde, mas à ótica da dicotomia *saúde x doença* foram

agregados diversos elementos que influenciam esse processo, além da busca por caminhos para as ações como promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Nesse sentido, é possível entender que não se eliminou o antigo conceito, mas foram reconhecidos uma série de fatores responsáveis por uma saúde que estaria composta por relações. Percebemos então que o passado do conceito de saúde não foi apagado, mas desenvolvido até o que temos de entendimento atualmente. Em um presente caracterizado por crises e turbulências, surge a necessidade de aprofundarmos a ideia de saúde para que seja repensada a nossa relação com a saúde no futuro.

O conceito de Saúde Pública Ecológica (LANG E RAYNER, 2012), o qual destacamos no início deste capítulo, agrega ainda um outro elemento para o futuro da saúde: pensá-la como um processo que é do público. Esse raciocínio destaca uma outra relação que seria entre indivíduo e coletividade, isto é, os condicionantes de saúde afetam da esfera populacional para a individual e considera a dinâmica das mudanças pelas quais a sociedade passa, destaca a participação de lideranças e políticas, a interdisciplinaridade, o pensar de forma ecológica e o progresso.

Cabe destacar que falar em progresso hoje se mostra complicado devido ao cenário de crise discutido nos tópicos anteriores. A incessante busca pelo progresso vem trazendo consequências bastantes graves ao meio ambiente, às relações de trabalho, à saúde mental e, portanto, à saúde, e a América Latina sofreu e ainda sofre, pois foi uma região colonizada por séculos e onde se tentou atingir os modelos de desenvolvimento europeus.

Por ser a Saúde Pública Ecológica um conceito formulado pelos autores britânicos Tim Lang e Geof Rayner, logo com vivências europeias, o termo progresso naquele contexto faz sentido. Entretanto, no Brasil é necessário falar em progresso no sentido de questioná-lo, ou, inspirando-nos em Haraway, não eliminando de nossa história, mas aprendendo com o passado, olhando para o nosso presente, marcado pelo que ele causou, para pensarmos alternativas para o futuro, como levar em conta as transições pelas quais nossa sociedade passa. Não é interessante para esta discussão eliminar um conceito por ter sido formulado em um cenário social e econômico diferente do que temos em nosso país. A reflexão proposta neste trabalho é a de que a saúde é simpoética, logo, criar uma dicotomia *América Latina x Europa* não agregaria ao debate. Por esse motivo, buscamos visões de autores da América para somar às demais ideias aqui apresentadas.

O Bem Viver é uma alternativa sistêmica surgida na América Latina que pode ajudar a trazer alguns elementos da ideia de Saúde Pública Ecológica para o nosso contexto sul-americano, somando à discussão sobre a visão sistêmica da saúde. Destacamos alguns pontos

do termo latino-americano: a noção de equilíbrio e a convivência na multipolaridade para a reflexão sobre o como podemos ver a saúde atualmente.

A filosofia do Bem Viver, de acordo com Solón (2019) se embasa na convivência na multipolaridade, entendendo que sempre há uma dualidade integrada por pares contraditórios. Quando voltamos ao conceito de saúde como ausência de doença percebemos o dualismo saúde x doença. Embora seja um conceito mais simplista e sabendo que hoje consideramos a influência de diversos fatores físicos e mentais determinam o nosso “estar saudável”, não seria possível falar em saúde sem que o “estar doente” faça parte do processo. Ao existir saúde, existe a doença.

A questão é, inspirando-nos no Bem Viver, entender que pode haver uma convivência harmônica entre saúde e doença. A filosofia destaca também que o “conviver na multipolaridade” considera as diferenças, não anulando-as, evitando assim que o todo se desestabilize causando o agravamento e a polarização das desigualdades. Um exemplo dessa convivência na multipolaridade são as doenças crônicas as quais os indivíduos portadores têm uma condição de saúde específica, como a diabetes e o HIV, mas que, com tratamento, podem ter uma vida saudável. Não considerar os portadores de doenças crônicas como doentes, entendendo a convivência na multipolaridade que compõe a saúde, poderia ser uma mudança de paradigma que reduziria os preconceitos enfrentados principalmente pelos soropositivos, por exemplo, o que refletiria na saúde mental dessas pessoas.

Retomando o questionamento sobre o que é saúde, é possível encontrarmos críticas direcionadas tanto ao conceito simplificado quanto ao ampliado. A definição de que a saúde é a ausência de doença ignora as relações que influenciam o estar saudável do indivíduo, enquanto o conceito ampliado sugere que ter saúde demanda o alcance de um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Embora haja o reconhecimento das relações influenciadoras da saúde, podemos problematizar essa ideia do mais completo bem-estar a partir de Dejours (1986), que destaca que a saúde não seria um estado de bem-estar mas sim um estado ao qual tentamos nos aproximar.

A partir das críticas aos conceitos de saúde e da discussão sobre o Bem Viver, é possível refletirmos por uma outra ótica: a saúde é uma relação de equilíbrio. Quando Acosta (2016) e Solón (2019) falam sobre a harmonia no Bem Viver, são destacados o equilíbrio e a convivência entre os humanos e tudo e todos que habitam a Terra. Solón (2019) também enfatiza o aspecto de não eternidade e perenidade que compõe o equilíbrio, além das contradições e desencontros que demandam ações de reequilíbrio, significando que alcançar um equilíbrio perfeito não seria possível. Assim entendemos que o dinamismo é um

importante aspecto do equilíbrio no Bem Viver, buscando o bem-estar e o equilíbrio ativo, opondo-se ao capitalismo que, conforme Solón (2019), persegue a estabilidade e um equilíbrio perfeito.

Em uma sociedade capitalista a saúde acaba capturada pelo capitalismo. É possível fazermos essa afirmação ao olhar para o conceito ampliado de saúde o qual indica uma incessante busca no completo estado de bem-estar. Ao somarmos à crítica de Dejours (1986) ao Bem Viver abrimos a possibilidade de pensarmos a saúde como um equilíbrio dinâmico não apenas entre o próprio processo saúde x doença, como entre os humanos, o ambiente e os microorganismos.

Assim como observamos na discussão sobre a convivência na multipolaridade, trazer o equilíbrio para uma revisão do conceito de saúde em tempos turbulentos envolve a convivência com inúmeras doenças, logo o estar saudável é muito mais uma questão de estarmos em equilíbrio com os fatores que influenciam doenças do que o estado perfeito de bem-estar que, na realidade, pode ser entendida como uma ilusão. As doenças que não têm cura e sim tratamento são exemplos mais claros da saúde como equilíbrio pois é possível que os portadores tenham qualidade de vida convivendo com suas condições de saúde particulares, isto é, ao tratarem as doenças, recuperam o equilíbrio.

Acosta (2016) ao falar de harmonia no Bem Viver traz à luz um outro aspecto importante para observamos a saúde pela lente de um equilíbrio dinâmico: a harmonia representa as relações de conexão e interdependência entre o ser humano e ele mesmo, o ser humano e a sociedade e entre a sociedade e o planeta. Essa linha de raciocínio de que o planeta é composto por relações de vínculo contribui para o entendimento de que a saúde é um equilíbrio dinâmico no sentido de pensarmos as conexões existentes entre a saúde e o meio em que vivemos. No campo da saúde se fala em saúde ambiental, que trata do meio ambiente como um condicionante da saúde, e em saúde mental, se referindo aos aspectos psicológicos que influenciam o estar saudável de um indivíduo, não devemos então pensar que os fatores ambientais e psíquicos estão desconectados.

Para trabalhar a visão relacional sobre a saúde, podemos retomar o pensamento tentacular de Donna Haraway (2016), entendendo as relações que compõem a saúde, destacadas nos tópicos anteriores. As interconexões entre: passado, presente e futuro; que fazem da saúde um todo interconectado; e entre multipolaridades convivendo harmonicamente; nos fazem refletir sobre a visão de que a saúde é formada por tentáculos complexos e problemáticos que se embolam em temporalidade e espacialidades, além dos arranjos intra-ativos, representados pela nossa relação com o meio ambiente, englobando-se

os humanos, enquanto indivíduos e sociedade, e os não-humanos, como microorganismos, solo, água, ar.

Nesse sentido, considerando a proposta de Haraway (2016) de seguirmos pela era do Chtuloceno, e que estamos buscando caminhos para a crise da saúde, entendemos que seria interessante trazer a ótica simpoiética para ler as relações da saúde. A partir da compreensão de que a simpoiesis é um sistema coletivo de produção, em que limites espaciais e temporais não existem, e no qual há o compartilhamento não apenas do controle, como de todas as informações entre todos os componentes (HARAWAY, 2016), entendemos que a saúde pode ser observada como resultado da interação entre os diversos componentes do arranjo intrativo formado por nós enquanto indivíduos e sociedade e todos que compõe o meio ambiente.

Portanto, propomos a visão simpoiética da saúde, embasando-nos na percepção de que compartilhar controle e informação entre todos é uma alternativa para trabalhar a autonomia em saúde. Assim, a saúde simpoiética não se restringe à definição do que seria a saúde, mas se estende às práticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida, por meio da criação conjunta.

#### 2.4.2 O olhar simpoiético sobre a saúde no Brasil

Nos tópicos anteriores, a proposta foi pensar a saúde como um todo interconectado e em equilíbrio dinâmico não apenas por meio da relação saúde e doença como também para pensarmos as conexões dos aspectos ambientais e psicológicos como determinantes da saúde.

Trazendo essa discussão para a realidade da saúde brasileira, podemos refletir sobre a conexão entre os direitos sociais, afirmado pela Constituição Federal de 1988, dentre os quais se estabelecem a saúde, a moradia, a segurança, o trabalho, a educação, a previdência social, entre outros. Propomos então a visão de que para estarmos saudáveis, devemos olhar para os direitos sociais como um todo interconectado, preocupando-nos com a manutenção do equilíbrio entre eles, a partir da percepção da influência que um direito exerce ao outro.

Como exemplos é possível mencionarmos as reformas trabalhista e da previdência, as quais alteram os direitos sociais do trabalho e da previdência social, e que, de acordo com especialistas da área da saúde, trarão consequências na qualidade de vida do brasileiro, logo na sua saúde. Em um país desigual como o Brasil, podemos citar ainda a questão da violência cotidiana que prejudica o direito à segurança, como também o direito à moradia digna, não conquistado na prática por muitos brasileiros. Como ser saudável sem que olhemos para a

saúde como um todo que se conecta e sem que se invistam em práticas que tenham como objetivo manter um equilíbrio entre os direitos sociais?

O conceito de Saúde Pública Ecológica reforça a interdependência do direito à saúde com os demais direitos sociais previsto em nossa Constituição, considerando a moradia, alimentação, condições ambientais como fatores que influenciam na saúde. Logo, ratifica-se que a saúde brasileira e as políticas públicas deveriam ser vistas um todo interconectado, previsto constitucionalmente.

A proposta da cosmovisão do Bem Viver afirma que as políticas devem permitir o desenvolvimento da cultura do estar em harmonia e considerar o todo, a fim de evitar seu desequilíbrio, a partir de medidas que considerem as diversas dimensões e inter-relações entre as partes do todo (ACOSTA, 2016; SOLÓN, 2019). Dessa forma, podemos nos inspirar no Bem Viver para construir políticas voltadas para a garantia dos direitos sociais, entendendo que existem conexões entre eles. É possível exemplificar a segurança pública e a educação como questões que influenciam a saúde, logo, as políticas públicas devem ser pensadas de forma a manter o equilíbrio entre os direitos sociais.

Outra possibilidade interessante para olharmos a saúde no Brasil é por meio da ótica da convivência na multipolaridade. Nosso sistema de saúde é não composto somente por serviços públicos, contando com a iniciativa privada, como os planos de saúde. Durante a conformação do SUS nos anos 1980, esperava-se que o setor privado complementasse o público, no entanto passou a haver uma concorrência marcada pela dicotomia público x privado, sendo proposto, inclusive, que fossem vendidos planos de saúde à baixo custo em detrimento do SUS.

Considerando o contexto brasileiro e nos inspirando no Bem Viver, temos a possibilidade de buscar caminhos para a saúde brasileira sem que seja necessário excluir o SUS ou os planos de saúde, por meio do raciocínio de que a saúde é uma convivência na multipolaridade, isto é, podemos buscar caminhos para os problemas da saúde brasileira considerando uma convivência harmônica entre o público e privado.

Outra reflexão importante para o sistema de saúde brasileiro e a convivência na multipolaridade é a relação entre o Estado e a comunidade. Solón (2019), quando trata da multipolaridade no Bem Viver, destaca a interdependência entre comunidade e indivíduo, argumentando que a existência de um está atrelada a do outro. Nesse sentido, podemos pensar a relação entre Estado e comunidade, entendendo que para que o Estado funcione há se ter uma comunidade. Assim, com os tempos turbulentos enfrentados atualmente, é fundamental que o Estado repense seu papel, buscando integrar-se à comunidade, a partir das ideias de totalidade e integralidade, embasadas pelo Bem Viver.

De acordo com Solón (2019), uma das questões problemáticas para se colocar em prática o Bem Viver, foi a crença de que cabia somente ao Estado fazê-lo funcionar, desconsiderando que a construção deveria ser feita pela sociedade. Para o autor, o Estado deveria contribuir para desenvolver as capacidades das comunidades e das organizações sociais, além de estimular que sociedade busque informação e conhecimento, tenha condições de fazer análise, debatam, questionem e participem da construção de políticas públicas. Acosta (2016) complementa Solón (2019) atribuindo ao Estado o papel de “*cidadanizar individual e coletivamente, criando espaços comunitários como formas ativas de organizações sociais*”, e propondo que sejam repensadas as estruturas estatais, elaborando uma institucionalidade concretizada pelo exercício horizontal do poder.

A partir da crítica de Solón (2019), podemos problematizar a saúde pública brasileira no sentido de refletirmos se a saúde não passou a ter um foco predominantemente estatal, como consequência do pensamento de que, sendo a saúde um direito, cabe ao Estado provê-la, esquecendo-se de trabalhar a autonomia da comunidade. Essa lógica estatal não observa a saúde como algo relacional, e parte de um todo, verticalizando as políticas públicas e não abrindo muitos espaços para participação da comunidade.

A convivência na multipolaridade como um ponto de reflexão para repensarmos o SUS, apoiada pela interpretação da saúde por meio de relações em um equilíbrio dinâmico o qual envolve Estado, comunidade, setor público e privado, traz, portanto, o desafio de investigar formas de se tornar os processos mais horizontais e relacionais nas produções de políticas públicas.

Ao longo deste tópico propomos o olhar relacional sobre a saúde entendendo que tudo está interligado. Consideramos então a ideia de que estar ou não saudável não é um processo linear e dicotômico, mas sim composto por relações que, antes de terem efeitos em nossos estados individuais, como a forma pela qual os condicionantes nos afetam particularmente, há um efeito em escala populacional.

Em 2019, o SUS completou 30 anos de existência tendo a emblemática 16ª CNS discutido alternativas para os problemas enfrentados pelo sistema de saúde. Machado (2019) afirma que a 16ª teve como foco buscar reafirmar os princípios da universalidade, equidade e integralidade e que seria importante desenvolver um modelo alinhado às diretrizes do SUS e cuja característica principal fosse a gestão estratégica e participativa, reforçando os mecanismos de controle social.

A partir da ótica de uma saúde relacional e da necessidade de se retomar as diretrizes do SUS e do investimento na participação popular, exposta por Machado (2019), temos a

possibilidade de repensarmos as políticas de saúde brasileiras tendo como base o pensamento tentacular representado pelas figuras de corda indicado por Donna Haraway (2016). Conforme observado em tópico anterior, as figuras de corda, compreendendo as relações complexas existentes, traz a simpoiésis como caminho interessante para o cenário crítico atual, a partir de um sistema de produção coletivo no qual todos participam (HARAWAY, 2016).

O Bem Viver também pode ser somado a essa proposta de olhar as políticas de saúde como figuras de corda, nos inspirando em seu projeto emancipador o qual é nutrido por experiências locais somadas às contribuições advindas de diversas “latitudes”, isto é, de diferentes atores formando um processo horizontal (ACOSTA, 2016).

Ao ser criado, o SUS, tendo como princípio a participação popular, deu um passo importante em relação à tentativa de promover uma horizontalização do sistema de saúde, porém, como verificamos através de Machado (2019), ainda é desafiador e muito restrito ao controle social. Nesse sentido, ao compreendemos a saúde como uma forma de simpoésis, sugerimos que a participação popular seja olhada de forma mais crítica, como um dos tentáculos da figura de corda por meio da qual podemos analisar o SUS, refletindo sobre novas formas de cooperação. Neste trabalho, portanto, propomos, por meio da inspiração do Bem Viver e da simpoiésis, o fazer conjunto entre o designer, profissionais da saúde e população como uma alternativa sistêmica para o problema da saúde no Brasil.

É importante trazermos a saúde alimentar para essa discussão, visto que foi a alimentação foi um “não humano” que nos acompanhou no trabalho de campo. embasou nosso trabalho de campo. Alimentar-se não é um ato que se restringe apenas a comida em si, no sentido mais literal possível do verbo “alimentar”, como a mastigação e absorção de nutrientes pelo corpo humano. De acordo com o pesquisador Malaquias Batista Filho (2010) a alimentação e a nutrição refletem os traços de relações entre a vida humana e o ambiente, pois a partir dos alimentos é estabelecido o ciclo de trocas com os meios físico, biótico e social, resultando em ecossistemas saudáveis ou insalubres. Estar bem nutrido diz respeito a um equilíbrio entre fatores complexos que englobam a produção, o consumo e a utilização metabólica tanto de energia quanto de nutrientes, seja em nível celular, individual ou em escala coletiva. O desequilíbrio pode ser observado nos desvios gerando doenças carências ou que ocorrem pelos excessos na alimentação, os quais alteram os ecossistemas de vida das pessoas e das comunidades (BATISTA FILHO, 2010).

Do ponto de vista antropológico, Sidney Mintz, especialista em Antropologia da Alimentação, apresentou em 2001 uma interessante reflexão sobre o ato de comer, atrelando-o a um comportamento que está diretamente relacionado ao sentido de nós mesmos e à nossa identidade social. Mintz (2001) argumenta que crescemos em lugares específicos, onde estamos rodeados de pessoas com crenças e hábitos particulares, atribuindo ao aprendizado sobre a comida um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados. Comida e comer, afirma o autor, são fundamentais para o aprendizado, revelando, por meio do comportamento relativo à comida, a cultura em que cada um de nós estamos inseridos (MINTZ, 2011).

Silvia Martinez (2013), complementa Mintz (2001) entendendo que a alimentação se relaciona intimamente com vínculos sociais e afetivos tanto da família quanto do entorno, sendo o alimento uma fonte de prazer e identidade familiar e cultural. Nesse sentido, a autora destaca que os alimentos não devem ser resumidos à veículos de nutrientes pois englobam significações culturais. Assim, Martinez (2011) afirma que uma alimentação adequada compreende o consumo não apenas o consumo de nutrientes, mas sim de alimentos, embasando-se em práticas alimentares nas quais o significado social e cultural está representado. Gisele Bortoline e outros (2020) reiteram a argumentação de Martinez (2011) compreendendo que a promoção da alimentação adequada e saudável engloba estratégias que favoreçam que os indivíduos e a coletividade realizem práticas alimentares adequadas à aspectos biológicos, socioculturais, assim como a sustentabilidade do uso do ambiente

Por uma perspectiva estatal, a alimentação no Brasil, foi reconhecida, em 2010, como um direito social previsto na Constituição Federal de 1988, por meio da Emenda Constitucional número 64 (BRASIL, 2010). De acordo com Bortoline et al (2020), a direção nacional do SUS deve ter a competência de “formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição”, sendo as ações institucionalizadas através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 1999. A PNAN foi atualizada em 2013, com a inclusão do propósito de desenvolver melhores condições de alimentação, nutrição e saúde dos brasileiros, promovendo práticas alimentares saudáveis, cuidando e prevenindo, de forma integral, problemas de saúde atribuídos à alimentação e nutrição, atuando por meio da vigilância alimentar e nutricional (VAN) (BORTOLINE ET AL, 2020).

Segundo os autores, a vigilância alimentar e nutricional é uma das ações realizadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo que se conheça o estado nutricional e o consumo alimentar da população ao longo das décadas, direcionando o trabalho das equipes locais. Além da VAN, cabe também à APS a promover alimentação adequada e saudável, embasando-se no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de

Dois Anos e no Guia Alimentar para a População Brasileira, atuando em grupos ou em consultas individuais ou visitas domiciliares. Bortoline e outros (2020) consideram de destaque as ações intersetoriais realizadas de forma local, visando a promoção saúde, através do trabalho das equipes de APS, o PSE, que pode ser encontrado presente em muitos municípios brasileiros. A experiência de campo vivenciada junto às pacientes da Clínica da Família da Penha, aqui relatada, confirma o *modus operandi* da APS no Rio de Janeiro.

O território é um elemento fundamental para falarmos sobre saúde e alimentação. Podemos confirmar essa percepção tanto pela leitura da alimentação como algo que abrange questões comportamentais, culturais e ambientais, quanto pelas ações desenvolvidas pelo SUS. Bortoline et al (2020) destaca que as equipes de APS poderiam reconhecer as potencialidades e dificuldades existentes no território, mas isso seria ainda uma questão desafiadora. Os autores afirmam que, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, é importante identificar no território os locais de produção, distribuição e comercialização de alimentos; e as tradições e costumes locais referentes à alimentação que teriam relação com os hábitos alimentares e o estado nutricional da população. O contato com a realidade local possibilita que as equipes da APS estimulem e apoiem a produção de ambientes que promovam alimentação adequada e saudável, refletindo na oferta de alimentos saudáveis nos ambientes de trabalho, nas escolas e no comércio local, e se articulando com o desenvolvimento da agricultura local e na criação de hortas comunitárias (BORTOLINE ET AL, 2020). As iniciativas do Arranjo Local da Penha dialogam com os argumentos de Bortoline et al (2020), trazendo não apenas o serviço de saúde para a questão da alimentação, como o papel da educação, representado pela parceria com escolas e espaços de desenvolvimento infantil.

A experiência de campo que desenvolvemos nesta pesquisa ilustra tanto o funcionamento dos serviços de atenção nutricional na cidade do Rio de Janeiro quanto a importância de ações locais que articulam movimentos sociais e práticas governamentais. Nesse sentido, é possível estabelecermos uma conexão entre Arranjo Local da Penha e o que Bortoline et al (2020) observaram. A atuação territorial do ALP é fundamental para acessar à população naquele ambiente complexo, criando diálogos com os moradores, buscando identificar a especificidades vividas na região.

Ana Santos (2019), idealizadora do CEM, em uma entrevista ao jornal *O Globo*, destacou:

Vamos pensar na mulher que participa das nossas atividades. Ela sai de casa às 4 horas da manhã para trabalhar, vai fazer faxina. Sequer tem tempo de criar os próprios filhos. Ela joga a sacola de lixo no morro não porque não tenha higiene, mas porque as circunstâncias e os meios em que está inserida a levam a isso. Quando chega em casa, ela leva muito tempo com os filhos e a produção do alimento. Isso porque o marido quer comer carne, arroz e feijão. Sabe aquela salada que a médica na Clínica da Mulher recomendou a ela? Essa mulher simplesmente não tem tempo para isso (SANTOS, 2019).

A fala de Santos (2019) reitera a importância do conhecimento da realidade local, da vida no território, para falarmos não apenas sobre a alimentação, bem como acerca da saúde. Assim, o trabalho do ALP poderia funcionar como aliado para responder o desafio de identificar as potencialidades e dificuldades da região, percebido por Bortoline et al (2020). Podemos olhar essa articulação como um mais um tentáculo representado pela mistura do passado, presente e do futuro, ao olhar para a história do SUS e do importante papel que os movimentos sociais exerceram para o estabelecimento da saúde como um direito constitucional. Hoje esses movimentos são potentes atores para a criação e manutenção dos laços territoriais não apenas para as práticas vinculadas às políticas públicas como para a aproximação entre o campo acadêmico e sociedade.

Com relação a questão acadêmica é possível construirmos um diálogo entre Donna Haraway (1995), Ana Santos (2019) e Arturo Escobar (2018). Haraway, em artigo publicado em 1995, debate a questão da ciência para o feminismo e nos apresenta os “saberes localizados” como representante da “objetividade feminista”. Nesse sentido, a bióloga afirma que: *a objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver* (HARAWAY, 1995). Essa objetividade não é nem totalizante nem relativa. Ela privilegia saberes considerados parciais, localizáveis, críticos, apoiados pelas possíveis redes de conexão, denominadas *solidariedade em política* e conversas compartilhadas em epistemologia (HARAWAY, 1995).

Durante a entrevista para o jornal O Globo, Ana Santos chama a atenção para a questão do feminismo na favela, ressaltando um questionamento feito por algumas feministas: *“como você vai falar de independência da mulher levando-as para a cozinha?”*. Santos (2019), com sua visão apurada e seu saber local respondeu: *“a realidade dentro da favela é outra. A cozinha, para a gente, é ferramenta de transformação para novas possibilidades”*.

A fala de Ana Santos (2019) é a prática da proposta de um saber situado defendido por Haraway (1995). Embora não estejamos debatendo o feminismo neste trabalho, ele emerge como mais tentáculo das questões da alimentação, reafirmando também seu caráter político.

Saúde é também viver em uma sociedade livre do machismo, através da proposta de Santos (2019) de ressignificar o lugar da mulher na cozinha, visto como inferior para um mundo capitalista.

É possível incluirmos Escobar (2018) nesse diálogo, quando o autor destaca que a autonomia tem relação com a tomada de decisão das mulheres e funciona em uma dimensão local, o que nos convida a refletir sobre as práticas voltadas para autonomia em saúde, a partir da alimentação, como campos de trabalho da objetividade feminista, isto é, dos saberes situados. Conforme observamos no início deste tópico, para esse autor, a autonomia se relaciona com o Bem Viver, a defesa do território por meio dos movimentos sociais, bem como a *(re)construção* dos territórios da diferença e da resistência. Esses argumentos de Escobar (2018) dialogam com Ana Santos (2020) que, durante uma *live* transmitida pelo canal do Laboratório de Design e Antropologia, no YouTube, destacou a importância de pensarmos o Bem Viver que emerge dos modos de vida da favela, enquanto grupo marginalizado que, como diria Bordenave (1983), luta por sua resistência e resiliência. Desse modo, Ana Santos nos faz refletir sobre o Bem Viver no Brasil, além da cosmovisão indígena, incluindo a resistência do povo negro e periférico.

No capítulo a seguir, ilustramos essa reflexão por meio dos experimentos realizados junto às mulheres moradoras da Penha, nos quais utilizamos o design junto à comunidade buscando auxiliar na autonomia e criar caminhos para a sua manutenção. Lutamos pela defesa da saúde no território, a partir das práticas participativas de design, objetivando “pegar de volta” do Estado as “chaves da saúde”, enquanto área da vida social, prejudicada por uma decisão do próprio Estado: a demissão do setor da nutrição da Clínica da Família da Penha.

### 3 NUTRIR COM: EXPERIÊNCIAS DE DESIGN NA CLÍNICA DA FAMÍLIA

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se fala, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática. (FREIRE, 2003).

Conforme observamos no primeiro capítulo, o contato com a Roda de mulheres da Clínica da Família foi iniciado em 2017, mas o trabalho conjunto se deu apenas no ano seguinte. Em novembro de 2018 o Arranjo Local da Penha foi informado que a equipe da nutrição havia sido demitida se fazendo necessário que prosseguíssemos junto ao grupo sem a parceria. Temos, desse modo, a decisão da prefeitura como um dispositivo.

A questão da demissão ressalta uma problemática que ocorre com a administração das OSS e a terceirização dos serviços, ou seja, os profissionais são contratados, sem estabilidade, e, com a facilidade da demissão, o vínculo entre esses profissionais e os usuários da Clínica da Família torna-se fragilizado, refletindo na relação de cuidado e de uma saúde integral que envolve não apenas o fisiológico, mas também a saúde mental. Por outro lado, no caso dos Agentes Comunitários de Saúde, a relação empregatícia por meio de contrato, facilita a contratação de pessoas da comunidade, o que contribui para a construção de vínculos afetivos. Nesse sentido, é possível identificarmos a questão da convivência na multipolaridade, proposta pelo Bem Viver, o que significa que o caminho não seria optar por apenas um modo de contrato, ou dicotomizar em “bom ou mau” determinado vínculo empregatício, mas sim de entender os tentáculos dessas relações para identificar aquela que trará mais benefícios à comunidade.

Como nós, articuladoras do ALP, estávamos bastante consternadas com a situação da demissão, a ideia inicial era fazer uma campanha com caráter de protesto em defesa da nutrição na instituição de saúde. No entanto como Mariana e Maria, que mediaram os encontros em 2018, estavam com suas agendas bastante atribuladas, assumi a mediação do grupo em 28 de novembro de 2018.

É possível olharmos para as práticas aqui descritas seguindo dois momentos: encontros voltados para nos aproximarmos do grupo e atividades de produção coletiva de materiais. É importante destacarmos que essa divisão temporal não foi definida previamente, ela ocorreu de forma fluida. Trabalhar os encontros como dispositivos de conversação foi

essencial tanto para abriremos os diálogos, quanto para produzir o material de forma conjunta. Na fase de produção coletiva, o provótipo emergiu como uma potente ferramenta.

A seguir, relatamos as atividades e o andamento dos encontros.

### **3.1 O marco Zero: nosso primeiro encontro diante da turbulência**

O encontro foi mantido no mesmo dia da semana e horário que costumava ocorrer a Roda, quinta-feira, às 14 horas, e fizemos a chamada por meio do grupo da roda no aplicativo *WhatsApp*. Foi necessário enviar o convite algumas vezes durante a semana que antecedeu a atividade porque houve uma desmobilização após a demissão da nutricionista, então a insistência era necessária.

Nosso primeiro encontro ocorreu no dia 28 de novembro de 2018, na Clínica da Família da Penha, onde realizei, junto à Talita Tibola, co-orientadora deste trabalho, a primeira prática. Participaram oito mulheres: Daura, Evelin, Gerci, Glória, Jurema, Luciana, Neusa, Tatiane e Sarah. Havíamos conhecido previamente Jurema, Neusa, Glória e Sarah, no entanto fazia um ano que não nos víamos, logo algumas não reconheceram. Além da relação de vizinhas, havia também laços familiares: Glória, a mais idosa do grupo, é mãe de Sarah, Daura é a mãe de Tatiane, a mais jovem. Em comum entre elas não estava apenas a proximidade entre suas casas, todas são mulheres, algumas avós, outras mães, todas filhas.

Embora o grupo tivesse declarado que a Roda tinha mais participantes, foi possível considerar razoável o número de mulheres presentes, pois a ruptura ocasionada pelo fim da disponibilização do serviço da nutrição poderia ser responsável por uma possível desarticulação do grupo.

Ao juntar o grupo, nos apresentamos e explicamos que estávamos ali para auxiliá-las a encarar aquela nova e dramática situação e que, para isso, havíamos preparado uma atividade para coletar algumas questões. No início o grupo pensou que estaríamos no lugar da nutricionista, mas explicamos que não éramos profissionais da Clínica da Família, mas participantes do Arranjo Local da Penha. Cabe destacar que, no decorrer dos encontros elas demonstraram que não entendiam muito bem que faziam parte do ALP.

O objetivo desse encontro era identificar sentimentos e afetos produzidos pelas rodas de conversa da nutrição. Para isso, propus uma atividade com o título: “Corpografia: pela defesa da nutrição na Clínica da Família e no Complexo da Penha”, a qual conduzimos a

partir de três questões:

- Como você se sente quando está na roda?;
- Como você acredita que a roda contribui para a sua saúde?;
- Como você leva as trocas da roda para seu cotidiano?.

Ao definir essas perguntas, considerei um percurso subjetivo que se iniciaria em sentimentos individuais, passando por questões físicas/corporais, até uma reflexão voltada para a coletividade. A definição desse caminho foi inspirada pelo conceito de *ecosofia*, apresentado no livro *As Três Ecologias*, de Félix Guatarri, cuja base é formada por três ecologias: ambiental, representada pelo meio ambiente; social, definida pelas relações sociais; e mental, que seria a subjetividade humana (GUATTARI, 2011).

O objetivo era investigar as possíveis relações entre a saúde mental, a saúde nutricional e ambiental, confirmando que a saúde é algo que vai além de uma simples oposição ao estado de doença, isto é, pode articular-se como um arranjo entre diversos aspectos da vida que, uma vez prejudicado um determinado ponto, influenciará nos demais.

A atividade foi organizada a partir de palavras retiradas das anotações feitas durante algumas reuniões de planejamento do Arranjo Local da Penha e outras relacionadas à saúde. Utilizamos também algumas imagens selecionadas da internet a partir da busca dos seguintes termos “alimentação e saúde” e “pictogramas de saúde”; pictogramas disponibilizados gratuitamente pelo grupo *Iconoclasistas*; e fotografias registradas em eventos do ALP com a participação da nutricionista que conduzia o grupo na Clínica da Família. A ideia era que esses elementos funcionassem como dispositivos de conversa para entender o significado da Roda de Alimentação de Saúde para as participantes e como elas estavam se sentindo com a demissão do setor de nutrição.

Por ser um assunto que causou comoção, havia o receio de que, talvez, não seria uma tarefa fácil conseguirmos uma abertura de diálogo, no entanto, a atividade rendeu não apenas as colagens e escritas, como também muitas falas. Esse fato nos fez perceber que, para elas, o ato de falar e comunicar como estavam se sentindo, era muito importante.

Uma fala específica chamou bastante a atenção. Daura comentou: “*Acho que o prefeito não sabe como é o trabalho, [...] podíamos gravar um vídeo contando o que é e o que aconteceu*”. De fato, é difícil entender a escolha da nutrição como o serviço a ser cortado.

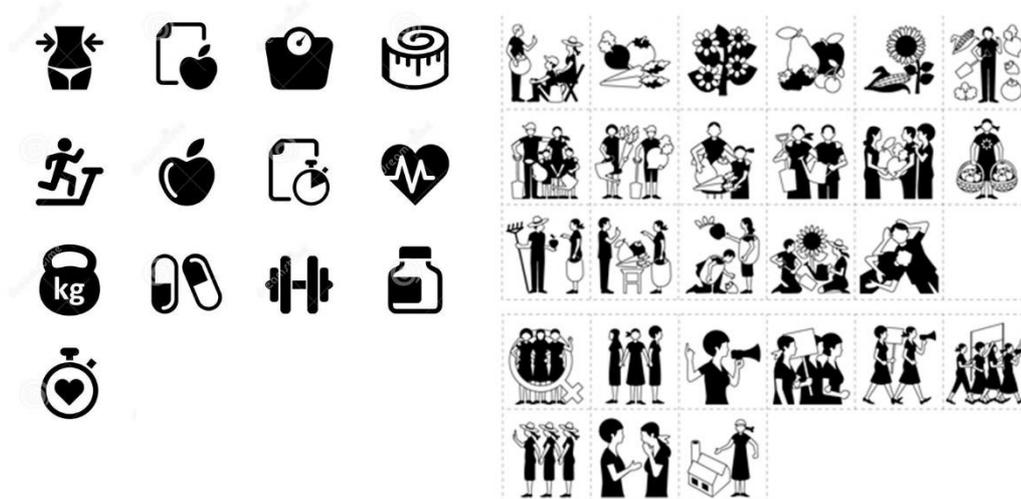
A colocação da participante nos fez refletir sobre a questão do local, das ações de base territorial. É possível apreendermos, no questionamento de Daura, que há um distanciamento entre o poder público e o território. Nesse sentido, a autonomia não deve estar atrelada a uma verticalização, a um processo de cima para baixo. Ao contrário, a autonomia, em contextos de

resistência vem da articulação local. É preciso conhecer a realidade e, assim, entendemos a importância da objetividade feminista proposta por Haraway (1995).

Figura 10 – Materiais para a colagem.



Figura 11 – Pictogramas disponibilizados.



Fonte: Google, 2018; ICNOCLASISTAS, 2013.

Figura 12 – Imagens disponibilizadas.



Figura 13 – imagens selecionadas pelas pacientes da Clínica da Família.





Os resultados da atividade são expostos nos quadros a seguir:

Quadro 1 – Palavras-dispositivos que foram selecionadas e número de vezes que apareceram.

Palavra	Número de vezes	Palavra	Número de vezes	Palavra	Número de vezes	Palavra	Número de vezes
Amizade	4	Parceria	5	Ambiente	3	Afeto	1
Transformação	4	Prevenção	4	Família	3	Troca	1
Saudável	4	Cuidado	2	Vida	3	Cura	1
Saúde	5	Plantar	2	Alimentação	3	Terra	1
Práticas	4	Futuro	3	Encontros	3	Autonomia	1
Autocuidado	4	Remédio	2	Tratamento	2	Quintal	1
Memórias	1	Espaço	1				

Ao observarmos as imagens e o quadro, é importante notar que as maiores repetições foram das seguintes palavras: *saúde* e *parceria*, aparecendo cinco vezes; *amizade*, *transformação*, *saudável*, *práticas*, *autocuidado* e *prevenção*, destacadas quatro vezes. Percebi, não apenas pela repetição dessas palavras, como a seleção em geral realizada pelas mulheres, que o grupo vinha trabalhando com uma noção de que a saúde se desenvolve em arranjo por meio de parcerias e encontros, bem como de práticas que poderiam estimular a autonomia.

Em relação às imagens, as mulheres escolheram as fotografias que foram feitas em atividade anteriores do Arranjo, assim como imagens de alimentos e com formatos de coração, demonstrando que houve o desenvolvimento de laços de afetos. Foram escolhidos alguns pictogramas também contendo representações de frutas, legumes, grupos de pessoas, atividade física e mudança corporal.

O objetivo de que os elementos da atividade também funcionassem como dispositivos de conversação foi alcançado, pois viabilizou uma conversa fluida que iniciou um vínculo com o grupo e possibilitou a geração de dados mais objetivos gerando palavras e frases, totalizando 47 termos, agrupados da seguinte forma:

- Palavras e frases que definiam os encontros – animada; energia boa; conviver; descoberta; alegria; leveza; Vida!; Traz cura; viver; Era um passeio; amizade; lealdade; transformação; carinho; Com a Cintia teve carinho.
- Oportunidades de experiência e aprendizagem em grupo - Troca de receitas; Fazer composteira; Comer bem junto; Sabia escolher o que comer; Fazer exercício físico; Comer diferente; Como lidar com restrições; Comida de verdade; Reaproveitamento de legumes; Aprender a ser alimentar; Suco de abacaxi com couve; Meu quiabo pegou; Capim limão; Fazer chorume; Se alimentar bem; Comida da horta; Diminui dores; Menos ansiedade;

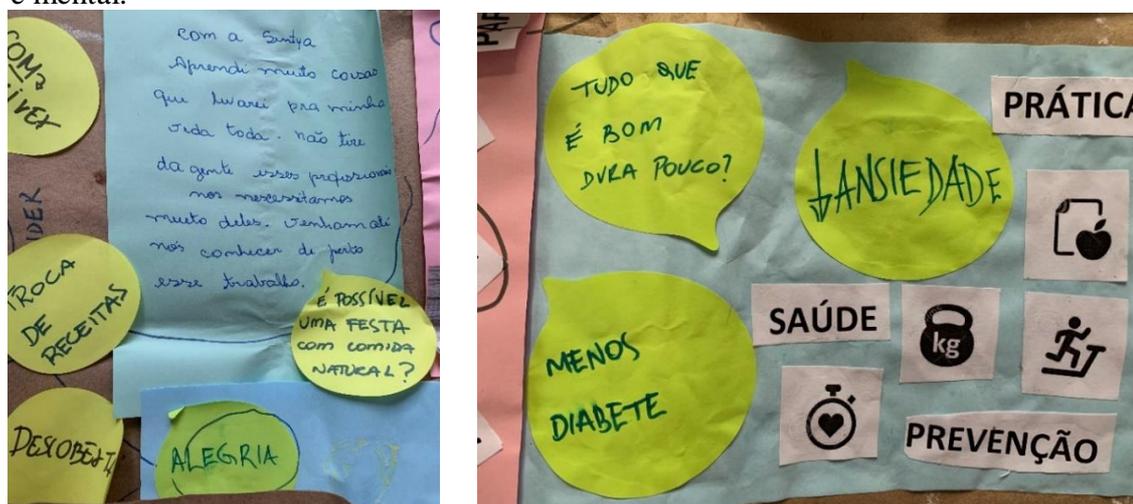
Emagreci; Acupuntura; Alimento saudável; É possível uma festa com comida natural?

- Palavras e frases sobre a situação atual - O que podemos fazer por nós?; Fazer vídeo para contar o que estava acontecendo na Penha; Muita gente tá triste; Esperança na adversidade; Isso aí é que mata; Penha; Ajuda para a Penha; Tiraram a bala da boca da criança.

Quando a atividade foi pensada, foi esperado que a escrita dominasse as formas de expressão, no entanto, ele gerou mais diálogos. Assim, passamos a anotar as frases que ditas pelas mulheres e disponibilizar também na mesa para que as participantes também as utilizassem nas colagens. Essa situação nos indicou a necessidade de adaptação da prática proposta tanto para o seu funcionamento no momento, quanto para os próximos encontros, de modo a refletir o que seria mais produtivo para o grupo.

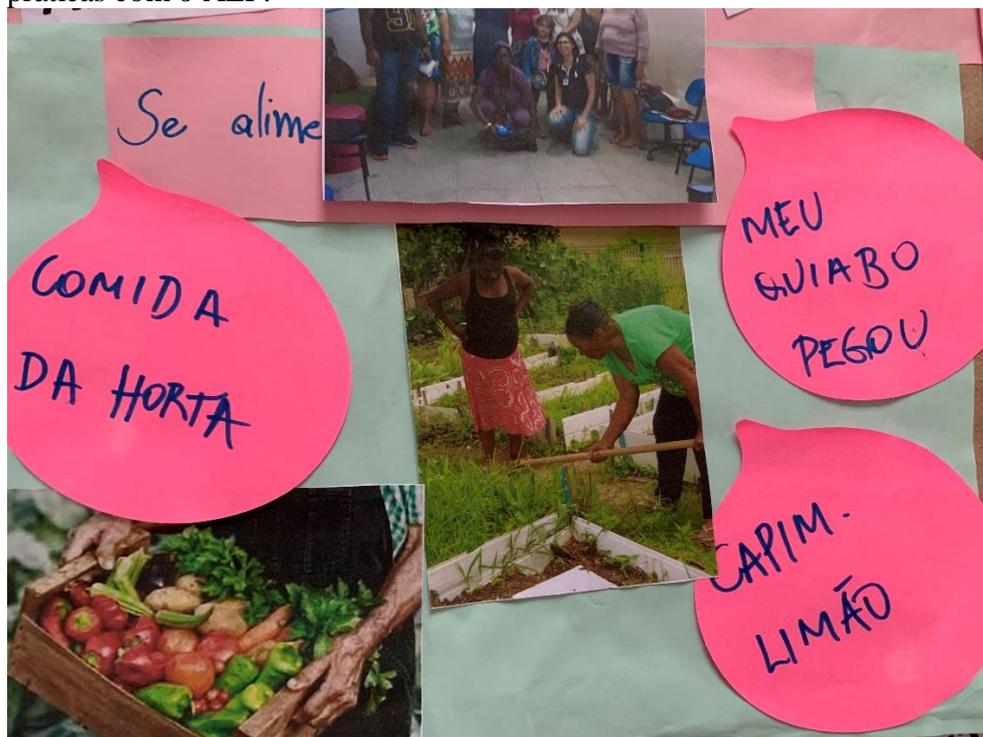
A atividade indicou que a nutrição estava contribuindo para a saúde das mulheres conforme o conceito da OMS de bem-estar e qualidade de vida, pois verificamos nas falas e colagens que houve mudanças físicas, além de emergirem questões referentes à saúde mental, como a diminuição da ansiedade e o grupo ser comparado à família.

Figura 15 – Fragmentos da atividade que podem indicar as mudanças na saúde física e mental.



Observamos também que a parceria entre o ALP e a Clínica da Família, por meio do setor da nutrição se expandia para a saúde ambiental. Algumas falas trouxeram questões relativas ao lixo (aprender a fazer composteira e chorume); relatos do que plantaram em seus quintais, bem como palavras que remetiam às hortas; e destaques ao território da Penha, indicando uma preocupação tanto com seus ambientes particulares, suas casas, quanto com o coletivo, o bairro.

Figura 16 – Fragmentos da atividade que indicam a lembrança das práticas com o ALP.



Foi possível perceber também que as mulheres estavam dispostas a lutar por seus direitos buscando amplificar suas vozes para que fossem ouvidas e vistas, o que se relaciona com a autonomia proposta por Escobar (2018). Confirmamos essa hipótese através das respostas à atividade, como nas frases “O que podemos fazer” e “Fazer um vídeo”, observadas na figura a seguir.

Figura 17 – Fragmentos da atividade que indicam tanto o descontentamento quanto o desejo de lutar.



No decorrer do encontro, Sarah teve a ideia de que nos encontrássemos em dezembro para uma confraternização de Natal. Combinamos que o nosso próximo encontro, que ocorreria em 13 de dezembro de 2018, seguindo o padrão de encontros quinzenais, seria um lanche coletivo e, como atividade, a sugestão era a construção coletiva de uma árvore de Natal com votos para o ano de 2019.

### **3.2 Os encontros-confraternização**

A confraternização, combinada durante o primeiro encontro, ocorreu no dia 13 de dezembro de 2018, na Clínica da Família. Apesar de não termos um parceiro da instituição conosco, continuamos frequentando o espaço. Esse é um fato curioso porque deu a sensação de que aquele espaço de saúde está, de fato, aberto aos cidadãos.

A partir da proposta de Sarah, busquei utilizar o clima festivo para rememorar as produções do grupo. Propus um lanche colaborativo para o qual cada participante deveria levar um prato que remetesse ao que foi aprendido nas conversas da nutrição. Para colocarmos em prática a produção da árvore de Natal coletiva, convidei Susana Alegria, artista chilena que produz Arpilleiras, técnica bastante utilizada por mulheres durante o período ditatorial no Chile, que, por meio da costura e de tecidos, contavam suas histórias. Era uma ferramenta de resistência contra o silenciamento durante os anos de autoritarismo. A ideia era que, através da Arpilleira, as mulheres contassem seus planos para o próximo ano.

Produzi um convite para a confraternização e enviamos para o grupo do WhatsApp “Roda de Alimentação e Saúde”.

Figura 18 – Convite para a confraternização.



Estiveram presentes Ana Santos, Daura, Gerci, Glória, Jurema, Neusa, Sarah, Tatiane, Tahiza e Susana Alegria. Algumas mulheres, de fato, se empenharam, levando suco, em substituição ao refrigerante; bolo de cenoura em usaram o açúcar cristal ao invés do refinado; pasta de atum com base de iogurte natural; frutas. As comidas que foram mais elogiadas foram aquelas feitas pelas participantes do grupo e não as industrializadas.

Devido a um contratempo, Susana se atrasou e, como nossos encontros duravam duas horas, não foi possível desenvolver a Arpilleira. É preciso tempo para que a técnica seja trabalhada de forma tranquila. Assim, conversando com Ana Santos, propomos outra atividade já que havíamos levado papel, linha, cola, canetas e hidrocores como um “Plano B”. Desenvolvemos um varal de desejos para 2019 e fizemos um amigo oculto de troca de sentimentos para que os afetos e as relações produzidas naquele espaço ficassem materializadas em palavras. Cabe destacar que, nesse encontro, a atividade foi organizada a partir de uma sugestão do grupo, indicando que elas estavam à vontade em propor práticas.

No varal surgiram palavras como restauração, união, continuidade. Foi uma atividade simples, mas que enfatizou bastante a significado do grupo na vida de cada uma das mulheres, o que já se configurava uma indicação sobre o campo: os dispositivos de conversa não necessitavam muita complexidade, os itens básicos eram a escuta e o carinho. Um exemplo foi a jovem Tatiane que se emocionou que ao falar de sua “amiga oculta”, Daura, sua mãe. Tatiane, além de participante da Roda de Alimentação, era guardiã da alimentação saudável de Daura, que estava no grupo para tratar sua saúde após sofrer um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Figura 19 – Parte dos alimentos levados pelas participantes da Roda de Alimentação e Saúde



Figura 20 – Integrantes do grupo trocando abraços durante o amigo oculto de sentimentos.



Ao final da confraternização, combinamos que, no encontro seguinte, primeiro de ano 2019 e que aconteceu no dia 10 de janeiro, seria realizado um evento de boas-vindas com lanche e um amigo oculto de lembranças. Desse modo, surgiu outra indicação: a comida era um artefato que também assumia o papel de dispositivo de conversa.

Para esse encontro não programamos uma atividade específica, apenas trocamos presentes e conversamos sobre o que era o Arranjo Local da Penha. Participaram Daura, Evelin, Gerci, Glória, Luciana, Neusa, Sarah, Tatiane e sua sobrinha.

Em nossa conversa ficou nítido que as mulheres não entendiam muito bem que faziam parte de uma rede e que havia outras instituições envolvidas. Perguntei se elas sabiam o que era o Arranjo e se conheciam os demais parceiros, no entanto, a resposta foi negativa para ambas as questões. Perceber-se como parte do Arranjo é fundamental para o desenvolvimento

das ações na região do Complexo da Penha como também para uma noção de que o cuidado da saúde delas não está restrito ao espaço da clínica, mas pode se relacionar com a educação de filhos ou netos, ou mesmo um local de lazer, como o Parque Ary Barroso. Acreditamos que a percepção de ser parte de um arranjo impulsionou a continuidade da presença das mulheres, visto que o grupo continuaria se encontrando independente da ausência do setor de nutrição.

É possível fazermos uma leitura dessa questão através de Donna Haraway (2016). Da Clínica formou-se um grupo que vem se expandindo e levando a questão da nutrição para outras esferas da vida, outros territórios. Observamos, dessa forma, tanto uma figura de corda e quanto a pista de que a alimentação é fundamental para falar de saúde, seja em qualquer dimensão, buscando caminhos através do pensamento tentacular.

Figura 21 – Participantes do amigo oculto e seus presentes no primeiro encontro de 2019.



Os encontros-confraternização reforçaram a noção de que, naquela instituição de saúde, os afetos foram fundamentais para os aprendizados e o envolvimento do grupo, indicando que a figura de corda que representa o grupo e suas relações têm como conectores o afetar e ser afetado, seja de maneira positiva ou não. Identificar essas relações nos fazem refletir ainda mais sobre a pertinência de fazermos uma leitura simpoiética da saúde, tendo em vista as relações sociais e a saúde mental enfatizadas pelos afetos que identificamos, não apenas na colagem realizada em nossa primeira atividade como também durante os encontros

que se sucederam. Articulando a vivência em campo ao pensamento tentacular e ideia de Cardoso (2008), temos a possibilidade de pensar que, enquanto designers, podemos utilizar nossas ferramentas para conectar o que está desconectado, reforçando os tentáculos das relações da saúde.

### 3.3 Mapeando o Complexo da Penha

Em nosso quarto encontro, realizado em 24 de janeiro de 2019, foquei em conhecer um pouco o território da Penha, através de um mapeamento intitulado “Saúde no território”. O objetivo era identificar as relações entre cuidados de saúde, aquisição de alimentos, lazer e articuladores do Arranjo Local Penha.

Essa atividade não obteve muita adesão. Somente três mulheres compareceram: Gerci, Luciana e Neusa. Seria interessante mais pessoas para o resultado representar um mapa com diversas relações, no entanto poucas participações também têm valor, visto que foi possível ter um diálogo mais longo com quem estava presente. Ainda assim, as ausências foram preocupantes pois, por mais que tenhamos especulado sobre possíveis causas, como o calor do verão carioca no mês de janeiro, o fato poderia ser o indício de uma desmobilização.

Para desenvolver a atividade, utilizei como base um mapa do bairro, retirado da ferramenta *Google Maps*, em que estavam indicados os parceiros do Arranjo. As mulheres deveriam anexar os ícones de acordo com a relação a ser identificada. Adesivos do tipo *post-its* foram usados para escrever observações no mapa.

Durante a primeira etapa, as pacientes deveriam marcar a localização de suas casas. Entretanto, o mapa representava somente as ruas maiores e mais populares do bairro da Penha, então elas não conseguiram marcar com precisão. Retomando Bordenave (1983), podemos perceber um outro tipo de marginalização dos cidadãos residentes na Vila Cruzeiro, por meio da invisibilização da moradia das mulheres no mapa. Como elas conseguiam identificar áreas próximas às suas casas, decidimos fazer uma indicação da área aproximada para ter alguma noção da localização.

Na segunda etapa, solicitei que fossem marcadas as casas que contavam com algum espaço para plantio. Todas as três mulheres alegaram não ter essa área em suas casas, mas gerou uma dúvida em relação a como elas entendem esse espaço, pois é possível plantar em vasos e até mesmo pequenas varandas. A partir dessa questão, colocamos para o Arranjo a

necessidade de se conhecer as casas das mulheres para verificar as possíveis formas de se plantar de acordo com as particularidades de cada residência. O interesse delas ficou claro durante o diálogo pois as participantes afirmaram que tinham vontade de plantar temperos em casa. No segundo semestre de 2019, Diego Costa e Pedro Biz, parceiros do Arranjo e doutorandos da ESDI, fizeram visitas às casas de algumas delas para auxiliar na questão do plantio. Mais um tentáculo do Arranjo foi se materializando.

A terceira etapa teve como objetivo perceber se havia relações entre as mulheres e os parceiros do Arranjo Local Penha, indicados no mapa. Contudo, essa etapa não teve marcação alguma, indicando que elas não têm contato com pessoas ligadas aos outros articuladores do Arranjo. Essa ausência de ligações mostrou que é preciso pensar mecanismos para integrar as instituições para que todos possam se perceber dentro do Arranjo Local, demanda direcionada ao ALP após a finalização dos experimentos em julho de 2019.

Já na etapa número quatro, pedi que as pacientes marcassem os locais que consideravam de cuidados de saúde, visando entender como elas percebiam a saúde. Como resultado, foram marcados a Clínica da Família e alguns espaços vinculados ao nome de uma vereadora atuante na região. Este último contou com uma observação peculiar, pois, segundo elas, o funcionamento tem relação com o período eleitoral.

A reflexão gerada nesta etapa se deu em torno de que a percepção da saúde está diretamente ligada ao poder público o que é curioso porque, em nossa primeira atividade, as participantes fizeram conexões de forma espontânea, ou mesmo inconsciente, sobre a saúde alimentar para além da Clínica da Família, mas quando falamos objetivamente de espaço de saúde, a resposta foi vinculada à espaços físicos com relações estatais.

Nesse sentido, podemos pensar a autonomia em saúde, inspirada por Escobar (2018), retirando a “exclusividade” do cuidado em saúde das mãos do Estado, a partir das articulações proporcionadas pelo Arranjo Local da Penha, que conta com escolas, creches, parque. Dessa forma teríamos um cuidado que passa por questões de lazer, cultura, trabalho, moradia, com um peso da base local muito evidenciado.

Na quinta etapa as mulheres deveriam marcar onde elas costumam comprar seus alimentos. Definimos dois ícones para diferenciar as carnes dos demais alimentos. Elas foram unânimes em dizer que compravam em supermercados, aproveitando os dias promocionais, e não têm o hábito de ir a feiras. Mencionaram também que ficam apreensivas em comprar carnes em qualquer lugar por medo da cisticercose e, por esse motivo, optam pelos grandes mercados.

Durante a sexta e última etapa, as participantes indicaram os espaços de lazer na região da Penha. Elas apontaram um dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

da região onde são oferecidos cursos e outras atividades. O Corpo de Bombeiros foi marcado como um espaço no qual elas se divertem fazendo caminhadas. Foi curioso observar que a atividade física significa lazer para as mulheres e essa visão vai ao encontro da noção de saúde como bem-estar físico e mental, pois se exercitar é fundamental para uma saúde equilibrada e, para elas, significa se divertir. Em resumo, isso reforçaria um entendimento de que a saúde está bastante relacionada ao ambiente de tratamento, porém, ao mesmo tempo, dá pistas de que ela pode se expandir para as outras esferas das vidas das pacientes, como já ocorre com a atividade física enquanto forma lazer.

Ao final as mulheres comentaram que, na Penha, há muitas opções de restaurantes como na Avenida Vicente de Carvalho e na Praça São Lucas. Destacaram também que o bairro “tem de tudo” e era muito bom, mas que “estavam acabando com a Penha”. Outro “lazer” da região destacado por elas foi o famoso e grandioso “Baile da Gaiola” que, embora elas não gostassem ou frequentassem, era a diversão de inúmeras pessoas que, inclusive vinham de outras localidades. Esse baile ocupava diversas ruas da região e ocorria durante todos os finais de semana. Questionei se os moradores não se incomodavam e a resposta foi: “é melhor o baile do que tiro”. Alguns meses após essa atividade o baile deixou de acontecer após uma operação policial.

Quadro 2 – Etapas e representações do mapeamento.

Etapa	Ícones	O que representam
1		Onde as pacientes moram
2		Espaço de plantio em suas casas
3		Relações com os parceiros (uso de fita adesiva colorida)
4		Espaço de cuidado de saúde
5		Locais onde compram alimentos
6		Áreas de lazer



### 3.4 Uma conversa sobre saúde

Nosso quinto encontro aconteceu somente em 14 de março de 2019. No mês de fevereiro não fizemos atividades devido a fortes chuvas que acometeram a cidade no início do mês e a semana do feriado carnaval.

Como dinâmica, planejei uma atividade voltada para entender o que significa saúde para elas. Estavam presentes apenas três mulheres: Daura, Gerci e Tatiane. Levamos um bolo para consumirmos durante o encontro.

Iniciamos a conversa discutindo sobre a possibilidade de desenvolvermos uma campanha de saúde na Penha. A discussão foi bastante produtiva. A partir dela, emergiram alguns interesses das participantes para os próximos encontros, além de indicar um certo alinhamento das ideias que vinham surgindo dos encontros anteriores.

A partir dos discursos das mulheres, foi perceptível o interesse em trocar receitas e mudas. Não foi dito diretamente “queremos trocar mudas e receitas”, mas em determinado momento da conversa elas comentaram sobre ervas medicinais que plantavam em suas casas e receitas como a da feijoada vegana, que Tatiane havia aprendido na confraternização dos Arranjos locais em dezembro de 2018.

Desse modo, a ideia de que se incluíam entre os dispositivos de conversação as trocas de saberes e de receitas se torna mais clara, já que, além do ato de cozinhar ser cotidiano para elas, muitas memórias do grupo estavam vinculadas às receitas aprendidas na Roda. Assim, emergiu o pensamento de que a autonomia das mulheres poderia ser trabalhada por meio das receitas, funcionando também como um dispositivo para trabalhar outros temas que emergiram, a exemplo do plantio de mudas de temperos. Nesse sentido, emergiram alguns questionamentos: como unir receitas às questões ambientais do território, com o intuito de produzir uma transformação da região em um ambiente saudável? Como trabalhar as questões individuais da saúde das mulheres refletindo sobre as ações para a saúde da coletividade da Penha? Essas questões nos ajudaram a pensar os encontros seguintes, bem como o papel do designer, as ferramentas e materiais possíveis.

Um outro ponto trazido pelas mulheres foi a questão do lixo. Segundo elas esse é um problema para a região. A preocupação com o tema reforçou o interesse das moradoras em ações voltadas para o bairro da Penha. Como um caminho para reduzir a problemática, as pacientes sugeriram que ocupássemos determinadas áreas do bairro com ações que estimulassem a mudança de comportamentos da vizinhança, enfatizando a autonomia, que

poderia resultar na decisão da comunidade de pressionar o Estado para o enfrentamento da questão. Dessa forma, é possível identificarmos o interesse e a possibilidade de expandir as atividades do núcleo da Clínica da Família para demais áreas da Penha, indicando que a saúde nutricional pode estar articulada com a saúde ambiental, reforçando a ótica simpoiética pela qual podemos entender a saúde, como, sobretudo, atuar e intervir por meio do design. Essa expansão para além do ambiente institucional reforça que o ALP funciona como uma figura de corda e o território se destaca como um não-humano nos arranjos intra-ativos da saúde.

Em relação à atividade planejada para o dia, senti a necessidade de adaptá-la devido ao número reduzido de participantes. A dinâmica partia das seguintes perguntas: “O que é saúde? O que é ser saudável”? As participantes deveriam escrever suas respostas em um papel e depois articular com palavras referentes ao direito à saúde retiradas da Constituição Federal de 1988, da Lei do SUS (8.080 de 1990), Carta de Ottawa, além de outras originadas em encontros anteriores na Clínica.

#### Quadro 3 – Palavras impressas para atividade.

Alimentação   Moradia   Segurança   Estado   Dever   Social   Equilíbrio   Qualidade de vida Bem-estar   Corpo   Doença   Saneamento   Meio Ambiente   Território saudável   Trabalho Autonomia   Promover Saúde   SUS   Cidadania   Participação   Direito   Espaço Saudável
---

Percebi que as atividades que envolvem a escrita não deixam as mulheres muito à vontade, sendo o diálogo através da fala mais efetivo. Elas seguravam o papel e a caneta, mas não escreviam, mantinham o diálogo de forma oral.

Essa percepção quanto à facilidade que as mulheres têm de falar, evidenciou que não é necessário pensar atividades complexas para construir um diálogo com elas. Ao contrário, os os mais elaborados acabavam não tendo efeito desejado, limitando falas ou constringendo-as de alguma forma. Esse encontro indicou que não era preciso focar em complexidade, pois ficou evidente que os dispositivos de conversação vão muito além dos artefatos, mas itens como o bolo, lanches temáticos e até mesmo a presença de alguém ali no local disposto a ouvi-las. No entanto, o desafio era encontrar uma forma de registrar os acontecimentos.

Durante o diálogo, surgiam assuntos que se relacionavam a saúde delas, o que possibilitou a identificação das condições de saúde específica de cada uma, bem como o porquê de fazerem parte da Roda de Alimentação e Saúde. Daura contou que só começou a pensar sobre sua saúde depois do AVC e que sua pressão costumava ser bastante elevada, mas sem apresentar sintomas. O médico teria dito que, se ela não emagrecesse, a pressão não iria reduzir. Daura destacou: *“precisou eu ter o AVC, pra mim tomar vergonha na cara! Levar o susto pra mim cuidar da saúde, porque agora, assim, graças a Deus, minha pressão nunca*

*mais subiu!*”. Mais adiante, Tatiane nos contou que teve convulsão quando criança. Gerci afirmou ser hipertensa.

Questionei se elas acreditavam que faltava informação sobre como nos cuidar. Daura foi categórica ao afirmar que sim, com a concordância de Tatiane, sua filha. Gerci indagou: *“Mas é justamente a informação sobre o quê? Como a gente vai se alimentar? Atividade física... uma boa alimentação... A gente não tem condição de comer nada orgânico, né! Porque é caro... falando a verdade!”*.

Daura fez uma associação da questão da informação com a nutrição no serviço público: *“É a mesma coisa pra ter uma nutricionista. Na saúde pública é raro ter nutricionista,”*. A participante exemplificou com o caso da Clínica da família:

É igual aqui... Aqui tinha, mas tiraram. Aí, quer dizer, a gente vai fazendo assim, igual eu fiz, a dieta da lua... Eu vi da lua cheia... Mas eu fui tentando fazer do meu jeito! Sem explicação nenhuma, mas eu fazia. Aí perdia um quilo na semana e ganhava dois, três na outra. E assim ia... (relato da moradora.).

Gerci complementou: *“Tem que perder e manter aquele peso! O que eu tô falando, perder e manter, só que pra isso a gente tem que ter o quê? Uma pessoa pra orientar... será que eu tô comento direito? Será que eu tô sendo certa?”*.

Daura contou que, agora, sabia que tipo de pão seria o melhor para comer e quais verduras consumir, considerando os nutrientes que precisamos. A participante atribui a ter orientação como um condicionante de uma boa saúde, afirmando: *“Quem tem uma orientação disso tudo, vai ter uma boa saúde, porque tem uma boa alimentação. Se não tiver, não adianta! Você vai fazendo só por sua conta... eu, pelo menos eu, não entendo!”* Gerci concordou: *Nem eu!*

A mãe de Tatiane destacou: *“Eu preciso de ajuda... Se eu tiver uma pessoa pra me ajudar, eu vou conseguir acompanhar, mas se não tiver...”*. Complementei com a seguinte indagação: *“Alguém pra dar um pontão inicial, pelo menos, né?”*.

Esse questionamento trouxe colocações interessantes para pensarmos a relação da universidade com a sociedade, principalmente como um serviço a ser prestado para os mais pobres. Gerci disse: *“É isso! É isso! Você mesmo tá lá, pra trazer pra gente...”* Daura complementou com sua impressão: *“Mas eles não botam no SUS nutricionista porque acham que pobre não precisa...”* Gerci concordou enfatizando:

É! Não precisa! E eu acho que a classe pobre é que tinha que ter nutricionista... [...] A gente precisa disso... até que você traga. Já que não dá pra vir, você pede aos seus colegas da universidade, fala: *eu sou do design, mas as meninas querem também alguma coisa pra gente botar no nosso projeto...*O projeto poder crescer... Aí cresce junto, entendeu?. (relato da moradora).

Para Gerci, essa conexão seria boa alternativa para trazer mais pessoas para o projeto,

o que me fez refletir sobre a formação de arranjos, utilizando o design como conector, para que tenhamos orientação para a construção de uma vida saudável, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia em saúde. Naquele momento, podemos observar Gerci em diálogo com Cardoso (2013), já que, para o autor, no mundo complexo, o papel do designer é conectar o que está desconectado.

Como tentativa de produzir um registro visual, pedi para que escrevessem o que era saúde para elas. Tatiane respondeu que era ter uma boa alimentação. Gerci afirmou: *“pra mim, é isso: saúde é ter uma boa alimentação. Uma qualidade de vida boa. Saúde pra mim é isso: qualidade de vida!”*

Questionei então: *E além da alimentação? Vocês acham que tem outras coisas que influenciam na saúde de vocês?*

Gerci respondeu:

Eu acho que é uma boa caminhada, um bom descanso, um bom sono... Tudo isso influi na saúde. Se você tem um bom sono, você tem uma boa saúde. Tem gente que quase não dorme! [...] Então saúde é qualidade de vida. Uma vida saudável... Uma vida tranquila... sem ter muita coisa. Pode escrevendo mais! Pode escrever mais!

Perguntei o que elas achavam que era ser saudável. Novamente, elas atribuíram à comer comida saudável. Nesse momento, surgiu uma lembrança de aprendizado com a nutricionista: evitar os alimentos industrializados.

Nos perdemos um pouco comentando sobre alimentos industrializados que gostávamos de consumir, até que Gerci interrompeu: *“Então... você perguntou o quê?” Respondi: “o que você acha que é ser saudável”*. Nessa retomada da questão, surgiu a atividade física nas respostas. Gerci afirmou: *“Saudável é caminhada, é praticar esporte...”* Tatiane, além da caminhada, destacou *“fazer academia”* e correr.

Gerci complementou sua resposta trazendo outro elemento interessante. A participante destacou: *“lazer... isso tudo é isso! Entendeu?”*. A participante retomou a questão da comida e da noção de orientação como um ponto essencial para ser saudável, enfatizando: *“É quando você come alguma coisa boa e você sabe que vai fazer bem. Você vai ter uma vida saudável”*.

Ao longo da conversa surgiram temas como a medicalização, através da fala sobre o tomar remédio para dormir. Elas não gostam da ideia, então só tomam remédios quando receitados. Para dormir, destacaram a opção dos chás. Mais adiante apareceu o tema da lipoaspiração. Tatiane, esteticamente “magra”, destacou que faria. Gerci logo retrucou:

Que isso! Você não precisa! É só você dar uma caminhada... Vai ali naquela academia, ali embaixo! De vez em quando eu e Luciana nos encontramos para caminhar... coloco minha neta pra escola e aí a gente vai... quando dá nove horas vou embora... Entendeu? Aí você pode fazer a sua caminhada” (relato da moradora).

A questão da falta da escrita foi percebida pelas próprias participantes. Tatiane chamou a atenção da mãe, brincando: “*você não escreveu nada!*”. Afirmei que não havia problema, pois elas falavam bastante e eu poderia ouvir o áudio depois. Ali, naquele encontro, elas estavam produzindo conteúdo oralmente, o que acabou sendo mais rico para este trabalho. Os dispositivos de conversação, mais uma vez, iam além dos artefatos papel e caneta. O bolo, o suco levado pelas participantes, a arrumação da sala e até mesmo a forma descontraída como nos portamos funcionou como dispositivo. Gerci, sem saber que estava concordando com o design participativo, sugeriu: “*Você vai falando e a gente vai vendo o que vai acontecendo...*”.

Vimos o horário e já estava ficando tarde, então passamos para a segunda etapa da proposta. Como havia pouco tempo, poucas pessoas e a sugestão da Gerci de ver o que ia acontecendo, mudamos nosso método. Conteí para elas o que havia pensado, explicando de onde retirei as palavras que utilizaríamos na atividade: da Constituição Federal, da parte que trata da Saúde; do conceito de Saúde pelo entendimento da OMS, para identificar se pensamos como a instituição. Sugeri que elas sorteassem ou que eu falasse de forma aleatória para elas comentarem. As participantes escolheram a segunda alternativa.

A primeira palavra sorteada foi *alimentação*. Elas destacaram que havíamos comentado bastante naquele encontro. Gerci disse que alimentação é fundamental. Tatiane concordou.

Em seguida saiu o tremo *espaço saudável*. Gerci destacou que ali era preciso, e trouxe como exemplo a sede do Corpo de Bombeiros da Penha, local que apoia a realização de caminhadas, mas que são necessários mais espaços pois tem morador que não consegue “descer” para o lugar (os bombeiros se localizam próximo à Avenida Nossa Senhora da Penha, ficando longe para os moradores das partes mais altas da comunidade). A participante destacou a necessidade de um espaço melhor para as caminhadas porque dividem as ruas com os ônibus. Gerci também destacou a igreja da Penha como um espaço saudável já que alguns moradores utilizam a subida, com seus 365 degraus, como prática de atividade física.

A terceira palavra foi *direito*. Tatiane rapidamente afirmou: *a gente nunca tem direito... a nada!*. As três participantes concordaram entre si que não “*podiam falar nada*”, tinham que “*ficar quietas*” e não podiam “*reivindicar nada*”. Gerci afirmou: “*o pobre não tem direito de falar*”; sendo complementada por Daura, que destacou: “*eu acho que não tem direito nem de viver...*”.

Seguindo o diálogo, Gerci enfatizou: *não tem direito à nada!*. Daura afirmou que o pouco que a população mais pobre tem, querem tirar. É possível que esta fala esteja relacionada à situação da demissão da nutricionista da Clínica da Família.

A quarta palavra foi *participação*. Tatiane respondeu que, ali, os moradores não tinham participação em nada. Daura afirmou: *elas não deixam*. Perguntei se elas tinham vontade de participar, por exemplo, em “coisas” relacionadas às políticas públicas. Gerci disse que seria muito bom. Tatiane e Daura concordaram.

O termo participação fez Gerci lembrar a vereadora Marielle Franco, cujo assassinato político chocou não apenas os cariocas como pessoas pelo mundo todo, destacando: *“tentou fazer muitas coisas e calaram... Isso aí já é um exemplo! Calaram! Morreu por quê? Quem matou? Porque era negra. Começando por isso. Porque existe isso ainda sim aqui”*. A questão do racismo emergiu a partir dessa fala. Daura mencionou uma passagem de uma novela em o que um homem negro da periferia havia estuado direito fora do país e que foi desacreditado pela cor da pele. A participante destacou a não aceitação, por parte da sociedade, de um homem negro capacitado, o que passa pela questão do racismo estrutural presente no país. Gerci, citando sua prima, mulher negra e desembargadora, retomou a palavra anterior, direto, destacando que, no Brasil, *“o pobre e o preto não têm direito a nada”*.

Essa fala conduziu a conversa para questão do machismo no trabalho e a diferença salarial para os mesmos cargos, que ainda ocorre no país. Daura destacou que se a mulher for negra é pior e criticou quem diz que não existe racismo enfatizando: *“tem sim! Só quem nunca sofreu que diz que não tem”*.

Esses temas, racismo e machismo, deram insights para elas sobre a questão de lutar e ocupar tanto a Clínica da Família quanto o bairro da Penha. Gerci sugeriu que ocupássemos, enquanto Arranjo, a praça da Vila Cruzeiro para dar visibilidade ao projeto e expandi-lo. A participante também contou que um profissional da Clínica pediu: *“gente, não para de vir! Porque se vocês pararem, isso aqui vai acabar”*.

A quinta palavra retirada foi *SUS*. Gerci reagiu com um: “Ihhh!”. Tatiane afirmou: *“saúde tá precária”*. Gerci concordou ressaltando: *“o SUS tá precisando de ajuda”*. Daura complementou destacando que a farmácia estava falida. Gerci então destacou: *“tá mais doente do que a gente”*. Disse Tatiane: *“você vai marcar consulta, não tem médico...”* Concordando, Gerci afirmou: *“não tem nada”*.

Aproveitei o assunto e ressaltei outros pontos fundamentais do SUS, como as vacinas, a pesquisa, os hospitais de alta complexidade que fazem os transplantes.

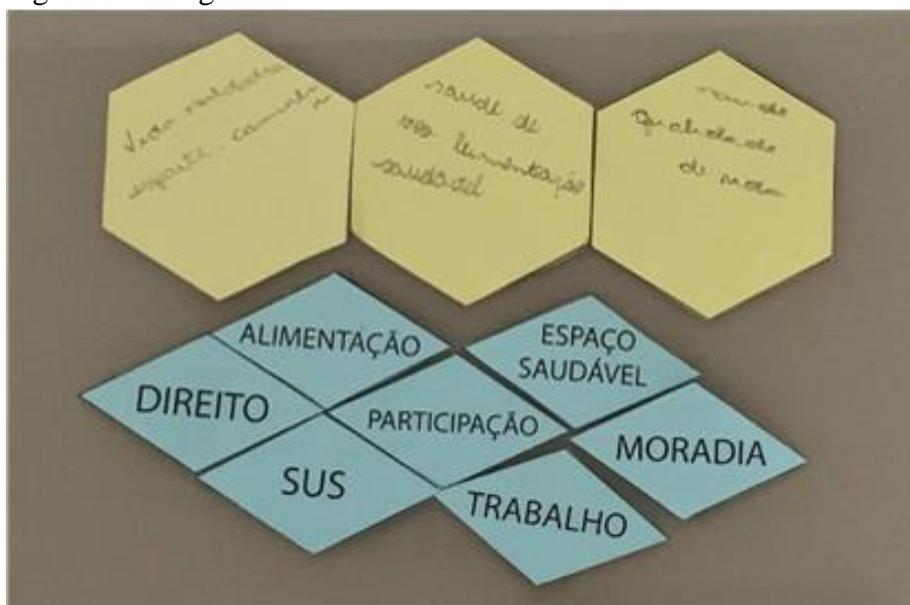
O próximo termo foi *cidadania*. Gerci comentou: “*estamos precisando muito de cidadania...*”. Perguntei como elas viam essa questão na Penha. Gerci disse que o bairro é muito bom, tem condução para vários lugares. Daura ressaltou o comércio. Gerci destacou que, ali, tinha de tudo, mas que os cidadãos da Penha estavam muito enfraquecidos e que precisavam de uma injeção de ânimo, pois as pessoas não estavam acreditando mais na Penha. A participante perguntou à Daura e à Tatiane se acreditavam na Penha, ambas responderam que não.

A sétima palavra sorteada foi *trabalho*. Tatiane disse que, também, estava precário. Gerci afirmou: “*Trabalho é outra coisa também que a gente tem que pedir muito a Deus, porque muitas portas se fecharam*”. Daura aconselhou: “*quem tem o seu, que segure!*”.

O último termo retirado foi *moradia*. É possível que elas a tenham relacionado ao verbo “morar”, pois comentaram que gostavam de morar na Penha, mesmo com a violência. Daura argumentou que gosta porque ela já conhece o bairro, o que pode ser observado como uma questão de pertencimento local. Destaquei para elas que era importante, além da ocupação da Clínica da Família por parte do cidadão, ocupar a Penha no sentido de valorizar a região.

Gerci ressaltou: “*a Penha é abençoada! Tá faltando uma injeção de ânimo pra dar uma melhorada...*”. Daura complementou afirmando que falta mais união. Gerci inclui a necessidade de amor de muitos e, concordando com Daura, de união, para que a Penha de antigamente voltasse. Mais adiante o grupo comentou que o Parque Ari Barroso, área de lazer do bairro, e que abriga a Arena Dicró, outra parceria do Arranjo, era um espaço que poderia ser utilizado como parque para as crianças e capaz de receber um espaço só de horta, mas que a alocação da Unidade de Polícia Pacificadora, próxima ao local, afastou os moradores. O ALP vem desenvolvendo ações respondendo a demanda da horta.

Figura 23 – Registo escrito do encontro.



Como estratégia para termos maior adesão nos encontros seguinte, definimos que nos encontraríamos uma vez por semana. Até aquele dia estávamos seguindo a frequência utilizada pela nutricionista: nos víamos quinzenalmente. Outra ideia foi realizar uma confraternização de aniversário no encontro seguinte, para qual levaríamos lanches saudáveis, na medida do possível. Gerci sugeriu o convite fosse feito da seguinte forma: *“Meu aniversário... quem puder colaborar, doar, né? Bota assim!”*.

Esse encontro foi bastante rico. Observamos uma visão de saúde próxima à concepção da OMS, quando Gerci fala sobre qualidade de vida. A partir de questões simples relacionadas a saúde, foi possível observar a saúde como uma simpoiésis em que, além da alimentação e da atividade física, outros elementos seriam capazes de interferir, tais como o sono, o lazer, a moradia, uma vida tranquila. As colocações indicam também a pertinência da tentacularidade pela qual podemos observar os direitos sociais, criando relações entre eles.

Outro ponto importante é a percepção de que o design poderia fazer uma ponte entre a Clínica da Família e as universidades, articulando diversas formações e saberes que agregariam à saúde da população. É possível apreendermos também nesse encontro que o desenvolvimento da autonomia passa também pela orientação e pela articulação entre diversos atores trocando conhecimentos.

### 3.5 Comunicar saúde?

No dia 21 de março realizamos nosso encontro comemorando também o meu aniversário. A confraternização e o lanche confirmaram seu caráter enquanto um dispositivo de conversa e de presença pois geraram, de fato, maior adesão. Compareceram Aline (antiga participante que havia se afastado nos últimos meses), Daura, Gerci, Glória, Jurema, Luciana, Luzinete (cunhada de Daura e que a apresentou ao grupo), Neusa, Sarah e Tatiane. Nesse dia tivemos a ideia de passar nossas tardes lanchando e que também comemoraríamos os aniversários.

Embora aparecessem alguns lanches industrializados, sempre havia opções artesanais. Glória fazia um delicioso doce de abóbora usando açúcar cristal, escolha que aprendeu a fazer com a nutricionista da Clínica. Sarah fez um bolinho de aipim com carne moída. Luzinete levou pasteizinhos feito por ela mesma. Gerci pediu que sua filha fizesse um bolo de chocolate para cantarmos parabéns.

Figura 24 – Lanche colaborativo.



Planejei uma atividade para realizar no dia, cuja proposta seria falar sobre a comunicação da saúde e da nutrição veiculadas pelo Ministério da Saúde brasileiro através das redes sociais. O objetivo era verificar a se comunicação institucional estava sendo efetiva para as mulheres. Para isso, selecionei algumas campanhas com a temática da alimentação saudável para mostrar às pacientes da Clínica da Família com o objetivo de que elas tecessem comentários a partir das seguintes questões:

- A mensagem ficou clara?
- O que vocês acham das imagens, cores e letras utilizadas?
- O que vocês perguntariam sobre o assunto da campanha?

No entanto, havia um clima de comemoração e, como compareceram algumas mulheres que não frequentavam o grupo há um certo tempo, notei que a atividade poderia limitar os diálogos que estavam surgindo. Elas estavam conversando bastante entre si e interrompê-las poderia ser prejudicial para o andamento do encontro, diminuindo a naturalidade da conversa. Como buscamos trabalhar com a horizontalização por meio de processos em que o campo conduz a pesquisa, reforçado pela sugestão de irmos vendo o que acontecia, dada por Gerçi no encontro anterior, por não estar fluindo a proposta inicial, era fundamental seguir o fluxo imposto pelo momento para que nada fosse colocado ao grupo de forma vertical

Optei então por conversar novamente sobre a proposta de trabalho dos próximos encontros, já que havia 10 pessoas e no outro apenas três mulheres estavam presentes. Comentei sobre a possibilidade de desenvolvermos um livro de receitas coletivamente, surgida a partir do encontro anterior, no qual as participantes trocaram alguns conhecimentos sobre receitas. O grupo aprovou a ideia demonstrando animação com a coautoria do material. A possibilidade de expandir a campanha para o bairro foi muito bem aceita também.

Ao falar do livro, Jurema destacou que, no evento de final de ano da ASP-TA (Associação que coordena os diversos Arranjos Locais), todos os outros grupos mostraram algo e que somente elas não apresentaram nada, então o livro seria um material legal para levar. A partir dessa fala definimos que produziríamos o livro nos próximos meses, lançando ainda em 2019. As mulheres aprovaram, destacando-se Jurema com a seguinte fala: “Que chique!”.

Em relação às receitas, Sarah questionou: “como a gente vai falar das receitas que vimos aqui se a gente esqueceu tudo?”. Assim, um encaminhamento fundamental que resultou dessa conversa foi a necessidade de entrar em contato com a nutricionista que trabalhou com as mulheres para convidá-la a participar da coautoria do livro por meio do resgate das receitas ensinadas e a inclusão de atividades. Outro desdobramento foi a inclusão de encontros que

funcionassem como reunião de projeto para que pensássemos o projeto gráfico do livro.

Logo após o encontro entrei em contato com a nutricionista que prontamente aceitou participar, demonstrando gostar da proposta e afirmando que gostaria de fazer uma atividade com grupo, como um piquenique.

Para o encontro da semana seguinte, Sarah sugeriu que fizéssemos uma comemoração de dia das mulheres, afinal, segundo ela: “Somos o quê? Mulheres!”. Essa proposta fez muito sentido pois o feminino era algo muito potente nos encontros, já que grupo era formado por mulheres. Essa ideia dialoga com Escobar (2018), quando o autor comenta sobre o papel das nas iniciativas voltadas para a autonomia. Por esse motivo, organizamos uma atividade com o intuito de trazer uma reflexão sobre mulheres inspiradoras e que pudesse dar início a coleta de receitas. Para tal, solicitei que as participantes levassem o nome ou a foto de uma mulher que elas considerassem inspiradoras, além de uma receita que gostassem de fazer. A ideia era refletir sobre ser inspiração e rememorar os sentimentos que uma receita é capaz de trazer, ajudando no desenvolvimento do conceito da identidade do livro a ser produzido.

Esse encontro trouxe outra importante reflexão quanto à construção do cronograma de atividades. O fechamento de um longo calendário com atividades previamente estabelecidas não se mostrava interessante pois acaba caracterizando uma verticalização do processo, indo de encontro ao que pressupõe a pesquisa-intervenção e o próprio processo de codesign. O que ficou evidente neste encontro. Para desenvolvermos algo participativo e que estimule a autonomia, é preciso que as atividades sejam do interesse do grupo, desse modo, para os meses que se seguiram, tornamos o cronograma mais dinâmico e flexível, revendo e redefinindo as atividades semanalmente, conforme o andamento de cada encontro.

### **3.6 A potência feminina: o dia das mulheres**

Conforme sugerido por Sarah, durante a atividade anterior, o tema do nosso sexto encontro foi o Dia Internacional da Mulher, sendo realizado no dia 28 de março de 2019. Estiveram presentes seis mulheres: Daura, Gerci, Glória, Neusa, Sarah e Tatiane. Conforme combinamos, algumas levaram receitas tais como bolo de Coca-Cola, bolo de leite e bolinho de aipim com carne moída. Guardamos essas receitas para serem utilizadas no livro colaborativo que desenvolveríamos nos próximos encontros.

As participantes comentaram também sobre mulheres inspiradoras. Destacaram-se Neusa, que levou uma fotografia de sua filha, e Sarah que optou por homenagear a vereadora Marielle Franco.

As escolhas dessas mulheres são interessantes para pensarmos a identificação como um elemento importante quando estamos falando sobre a criação de redes de afeto e até mesmo de cuidado. Elas decidiram enaltecer aquelas que estariam próximas a elas, seja por laços familiares, como no caso da Neusa, ou como potência de luta, representada por Marielle, enquanto mulher, negra e periférica cuja voz tentaram silenciar por meio do covarde assassinato. A tentativa de silenciamento gerou, na realidade, uma amplificação da voz da vereadora, o que verificamos quando Sarah comentou que Marielle a inspirava e as demais pacientes comentaram que não a conheciam até o assassinato, mas havia ficado nítida a admiração pela parlamentar e a indignação pelo assassinato que segue sem respostas, já que não era a primeira vez que elas citaram Marielle.

A invisibilização e o silenciamento é algo bastante presente na realidade da periferia. O corte do serviço da nutrição na Clínica da Família da Penha é uma forma de negar a existência digna dos moradores da favela. É possível que esse poderia ser um dos motivos de identificação das mulheres da Penha com a luta de Marielle Franco: elas encontraram alguém que com se identificar e até mesmo conversar.

Figura 25 – Mural com rosto de Marielle Franco na Arena Dicró



Durante a atividade enfatizamos que aquele grupo é composto por mulheres inspiradoras. Mães, avós, filhas que lutam por sua saúde e seus direitos. No cartaz que desenvolvemos e anexamos à parede da sala do NASF, acrescentamos os nomes de todas as mulheres que faziam aquela Roda de Alimentação girar.

Essa reflexão trouxe um possível caminho conceitual para o material que queríamos desenvolver coletivamente: a força da mulher da Penha, o feminino como potência.

Figura 26 – Mural de mulheres inspiradoras e receitas levada pelas participantes.



No decorrer do encontro, Sarah sugeriu que nossa próxima atividade fosse realizada fora da Clínica da Família, em um local denominado Fazendinha, campus do curso de graduação em Veterinária da Universidade Castelo Branco, localizado no bairro da Penha. Essa sugestão indicou que a noção e as práticas que se relacionam à saúde estavam desenvolvendo tentáculos para além do ambiente institucional, pois a justificativa era a de que o espaço que visitaríamos poderia ser uma parceria para o Arranjo já que compreendia uma extensa área verde, onde o ALP poderia produzir hortas. Pensando em termos de design, considerando as diversas opções de atuação, temos um farto campo para apoiarmos novas articulações seja entre Estado e comunidade, a partir do local, ou mesmo do morador da favela com a promoção de sua própria saúde, como uma prática autônoma.

### 3.7 Mapeando a questão do lixo na Penha

Conforme sugerido na semana anterior, nosso compromisso do dia quatro de abril de 2019, foi realizado na Fazendinha, no bairro da Penha. Como tema, escolhemos a questão do lixo, muito comentada nos encontros anteriores. Convidei Pedro Biz, aluno de doutorado da ESDI e membro do Arranjo Local da Penha, para fazer a mediação visto que o lixo é a temática de seu trabalho de doutorado. Considerando a gravidade que é o assunto para o bairro, já que traz prejuízos para a saúde local, desenvolver uma dinâmica partindo da questão do lixo era importante para pensar a saúde no território e sua relação com o meio ambiente.

Estiveram presentes: Daura, Gerci, Glória, Luciana, Neusa, Sarah, Tatiane e Lara, jovem neta de Sarah. Nos acomodamos na cantina, onde juntamos mesas e dispusemos nossos lanches e sucos para consumirmos durante o encontro.

Pedro optou por realizar um mapeamento utilizando o mapa da Penha como ferramenta, para que fossem indicados locais-chave para a situação do lixo, como aqueles mais sujos, depósitos/descartes, instituições que fazem algum tipo de coleta, e demais questões que surgissem durante a atividade. Assim como no quarto encontro, percebemos que houve um certo constrangimento com relação ao mapa da Penha, como se não conseguissem se situar nele, mas ao longo da conversa as participantes foram ficando mais à vontade.

Figura 27 – Grupo trabalhando no mapeamento da questão do lixo no bairro da Penha





Como um fato inusitado, destaca-se que, durante o encontro, nasceu uma ninhada de porquinhos, causando um alvoroço no grupo já que nenhum de nós havíamos visto a situação de perto anteriormente. É importante notar também que o grupo sempre foi bastante acolhedor, então o fato de alguém novo mediar não as constrangiam, ao contrário, eram sempre muito bem recebidos. Era mais na nossa rede de cuidado.

### **3.8 Reencontro: o piquenique com a nutricionista na Arena Dicro**

A ideia de realizar o piquenique partiu da nutricionista que trabalhava na clínica e que permaneceu como parceira do Arranjo Local da Penha. O encontro ocorreu na Arena Dicro, espaço cultural localizado no interior do Parque Ary Barroso, no bairro da Penha, no dia 18 de abril de 2019. O grupo definiu a data e a nutricionista o local.

Como de costume, combinamos que cada participante levaria um prato como colaboração ao piquenique. Além da nutricionista participaram: Evelin, Gerci, Glória, Luciana, Neusa, Sarah e sua neta Lara. Nosso grupo ficou desfalcado devido à ausência de Daura e Tatiane, justificada por uma consulta médica que havia sido marcada anteriormente, remarcá-la poderia significar meses a mais de espera pela consulta.

S nutricionista se atrasou um pouco e, enquanto a esperávamos, notei que elas não estavam muito à vontade no local. O clima estava diferente do encontro na Fazendinha, realizado na semana anterior,

O reencontro do grupo com a nutricionista foi diferente do que imaginávamos: as mulheres estavam menos falantes e mais contemplativas, observando a nutricionista falar. A reação mais comedida logo se transformou em uma confraternização, em que todas contaram como estavam suas vidas.

Considerando que o piquenique era um dispositivo de conversa, levei uma toalha de mesa para que as mulheres pudessem escrever lembranças e sentimentos durante o encontro, de forma a termos um registro. A princípio elas estavam um pouco tímidas, então comecei escrevendo algumas palavras que ouvia durante as conversas, o que as deixou menos constrangidas e logo se animaram a escrever também. A toalha retornou em alguns encontros e, atualmente, está com uma das participantes para que seja usada em outras ocasiões em que elas acreditem ser importante registrar suas memórias no tecido.

Figura 29 – Mesa do piquenique e toalha para registros.



O ponto negativo do encontro foi o local que, por ser bastante próximo a uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), causa em um certo desconforto nos moradores da região. O clima um pouco hostil e até mesmo de medo que foi percebido pode estar atribuído a questão da complexa relação entre moradores e polícia nas comunidades, principalmente por incursões complexas que geram tiroteios.

Como resultados positivos do encontro, percebemos o resgate de memórias e de alguns conhecimentos trabalhados pela nutricionista quando fazia parte do corpo de profissionais da Clínica, tais como a água saborizada e o sal feito de ervas.

Figura 30 – Grupo todo reunido durante e após o piquenique.



A presença de Evelin, participante que já não estava muito assídua por causa de seu trabalho, nos forneceu uma informação importante para pensarmos sobre a comunicação na região da Vila Cruzeiro. Ela contou que na Arena Dicró havia muitas atividades culturais,

porém a adesão era baixa porque ao comunicarem os eventos na região, não ficava clara a importância da presença dos moradores e porque tal atividade seria interessante para o bairro.

Nesse sentido, é possível trazer para o debate é a possibilidade de se pensar articuladores culturais vinculados ao território, tal como funciona o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, e que poderiam ser apoiados pelo design para ajudar a conectar o espaço cultural ao dia a dia da comunidade.

A colocação da moradora também trouxe a reflexão quanto à forma de tratar os assuntos que se deseja compartilhar através de práticas comunicacionais, sobretudo se olharmos para o Brasil com um país repleto de áreas de contextos complexos como é o da Vila Cruzeiro. Seja para promover saúde ou para debater outros temas de interesse público, deveríamos sempre estar atentos para que o conteúdo que se objetiva trabalhar leve em consideração a necessidade de engajamento do cidadão em determinada ação, gerando o interesse em participar. A rotina dos moradores de regiões como a da Penha é muito intensa, principalmente se considerarmos as problemáticas como os confrontos entre o tráfico e polícia, a precarização dos serviços de saúde, a ausência de saneamento, ou mesmo a falta de perspectiva de se ter o que comer em suas casas, representam preocupações constantes. A complexidade da vida naquele território foi confirmada por Ana Santos (2019), durante a entrevista para O Globo, enfatizando a dificuldade das mulheres com a questão da alimentação devido ao cotidiano atribulado que elas têm.

A comunicação, portanto, deve ser clara e dialógica para que seja capaz de entrar no território. Nesse sentido, as práticas participativas de dimensões locais tornam-se fundamentais para a compreensão das realidades no país, criando caminhos para a melhoria da saúde brasileira. Em resumo, poderíamos nos inspirar na objetividade feminista de Donna Haraway, considerando também a autonomia que se desenvolve, além da dimensão local, através das práticas de mulheres, conforme Escobar (2018) defende. Novamente podemos incluir o design e suas ferramentas como estratégias de aproximação e conexão entre Estado e Comunidade.

### **3.9 Oficina de culinária: a mediação das participantes**

No encontro que ocorreu no dia 25 de abril de 2019, retornamos nossa atividade para a sala do NASF, na Clínica da Família. Fizemos uma oficina de culinária que foi conduzida por Tatiane, uma das integrantes mais assíduas da Roda de Alimentação e Saúde. Além da

mediadora, estavam presentes: Daura, Gerçi, Glória, Neusa e Sarah. Como era época de Páscoa, cominamos de trocar chocolates, sugestão de Sarah.

Tatiane ensinou o grupo a fazer a pastinha de atum com cebolinha e base de iogurte natural, que havia levado algumas vezes em nossos encontros. A receita é bastante simples e havia sido ensinada pela nutricionista.

Figura 31 – Oficina de culinária.



Essa oficina foi pensada como um dispositivo de conversa para trazer mais memórias e outros insights acerca dos aprendizados anteriores, além de estimular o protagonismo nas mulheres do grupo. A intenção era que os encontros fossem mais horizontais através da tentativa de reduzir a impressão de que havia uma verticalização já na maioria das vezes a mesma pessoa estava mediando os encontros, então consideramos importante que elas também assumissem a mediação da roda.

Figura 32 – Oficineira Tatiane e a pastinha de atum.



Durante a oficina, surgiram conversas sobre alguns outros aprendizados como sobre ervas e outras receitas. Neusa, Daura e Gerci comentaram sobre as ervas medicinais, a exemplo do chá de amora, para os desconfortos da menopausa. Gerci também lembrou a receita de uma geleia de morango cuja base é a semente de chia e que havia sido ensinada ao grupo pela nutricionista.

O encontro foi mais curto, contudo, foi bastante produtivo para os próximos passos. Foi possível perceber um reforço na capacidade que as receitas têm de serem dispositivos importantes para nossas atividades e produções, assim como começou-se a desenhar um direcionamento conceitual para os materiais que iríamos produzir: os conhecimentos originários e a valorização dos saberes das mulheres mais antigas da Penha. O feminino foi ganhando mais força como uma potência do grupo.

### **3.10 Iniciando a produção de materiais: a Oficina de Comunicação**

Trabalhar a comunicação oral já fazia parte do planejamento desde o primeiro encontro, ainda em 2018, em que as mulheres falaram sobre gravar vídeos e a percepção de que havia um forte desejo de se sentirem ouvidas. Pensamos então na oficina de comunicação como uma dinâmica interessante para introduzir a etapa de criação coletiva, para que, antes de entrarmos na comunicação visual, o grupo estivesse mais à vontade com a comunicação oral, impostando e ouvindo suas próprias vozes.

Convidamos a multiplicadora do Arranjo, Patrícia da Veiga, que, ao lado de Ana Lúcia Nunes Souza, e Elizabeth Chaves, vinculadas à Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), para mediar a oficina, que ocorreu no dia 29 de abril de 2019.

As proponentes conduziram o encontro com base na seguinte ementa:

- O que é Comunicação?
- Por que nos comunicamos?
- Com quem e quando nos comunicamos?
- A importância de contemplar e escutar.
- Noções básicas de percepção e representação.
- O corpo e a voz como ferramentas de expressão.
- O diálogo como base. Tempo presente e suas conexões com a memória e as expectativas de futuro.
- Como objetivos, a dinâmica visou:
  - abordar o tema da comunicação a partir das noções básicas de relação e convivência;
  - preparar o corpo e os sentidos para a fala, a escuta e a observação;
  - introduzir o processo de contemplação e representação;
  - promover o diálogo por meio das rodas de conversa, da leitura coletiva e da entrevista.

Estavam presentes: Daura, Gerci, Glória, Lara, Luciana, Neusa, Tatiane e Sarah. Todas participamos da dinâmica e levamos nosso tradicional lanche, dessa vez para receber nossas convidadas.

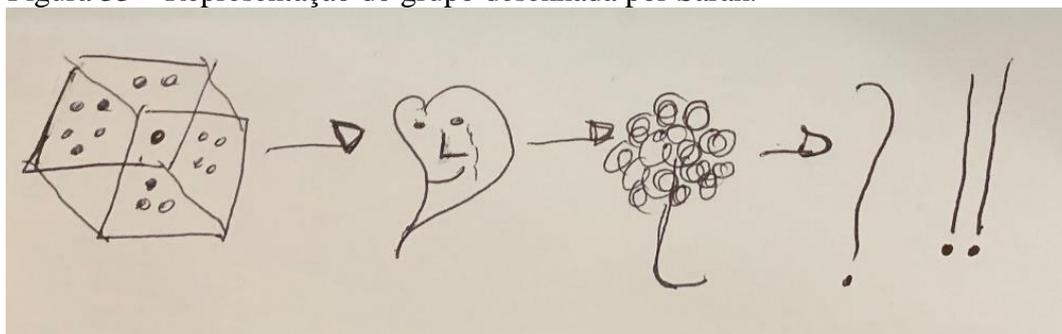
A oficina acabou atuando como um dispositivo do qual emergiram alguns discursos e reações e sentimentos, a exemplo do tema da depressão (uma questão para saúde brasileira que vem aumentando a incidência inclusive em comunidades mais pobres). Neusa parecia estar um pouco mais quieta naquele dia. Em determinada etapa da oficina, nos dividimos em dupla e, no momento de expor para as demais colegas o que havíamos conversado, Daura mencionou que Neusa estava enfrentando uma situação complicada com um familiar por causa da depressão. Todas nos emocionamos com o relato.

Desse tema emergiram também conversas sobre suas habilidades, como a da Daura, atriz de teatro e autora de peças, que precisou se afastar do trabalho após sofrer alguns AVC. A artista do grupo se emocionou ao nos contar sobre sua profissão. Senti tristeza em sua fala,

devido a um tom decepcionado, porque após seu problema de saúde, ela não foi mais convidada a trabalhar. Esse momento de desabafo indicou que aquele espaço de tempo semanal destinado aos nossos encontros, as deixavam à vontade para falar de suas questões mais sensíveis, demonstrando a confiança gerada resultante dos afetos positivos gerados no grupo, bem como seus efeitos na saúde mental. Além disso, a fala da participante nos fez refletir sobre um possível caminho para pensar ações voltadas para a autonomia das mulheres, investindo nas habilidades práticas de cada uma. Um exemplo foi a esquete que Daura escreveu para que o grupo representasse no evento de final da parceira AS-PTA, que ocorreria no final do ano de 2019.

Sarah, a integrante que esbanjava alegria na Roda, fez colocações bastante emblemáticas sobre nossos encontros. Ela nos disse que antes do grupo se formar, embora fossem vizinhas, eram como um “cubo” em que não conseguiam visualizar as outras faces, isto é, umas as outras. Com a formação da Roda de Alimentação e Saúde, o cubo se transformou em um buquê de flores. A participante destacou o “acolhimento” como uma característica de nossa convivência, alegando, com seu jeito espontâneo: “é sopa no mel!”. Segundo ela, ali no grupo, todas poderiam ser exatamente quem elas eram, falando o que queriam, da forma que queriam, se sentar do modo em que elas se sentissem à vontade, pois não havia nenhum tipo de censura.

Figura 33 – Representação do grupo desenhada por Sarah.



Sarah também destacou que o trabalho que vínhamos desenvolvendo, desde novembro de 2018, não estava substituindo o que era feito pela nutricionista. Nossos encontros representavam o presente do grupo, enquanto o passado foi o que viveram junto à nutrição. Esse depoimento foi importante para percebermos que as mulheres estavam entendendo a proposta daquele momento. Podemos fazer um paralelo da fala de Sarah com a questão temporal observada tanto por Haraway (2016) quanto pelo Bem Viver: o passado, o presente e o futuro se relacionando. Em certa ocasião, durante uma atividade do Arranjo, a mesma

participante, Sarah, reforçou sua colocação afirmando ao grupo presente que a nutricionista as ensinava a se alimentar e que, em nossas atividades, elas estavam sendo ensinadas a se amarem. Em suas falas, Sarah não excluiu o passado, assim como não entendeu o presente como um substituto, compreendeu que havia uma relação até mesmo pela manutenção grupo. Estávamos “fazendo com” novas relações, ficando com o problema da demissão da nutricionista da clínica.

As colocações da moradora, além de muito sensível e emocionante, indicou que o rumo do design ali era conduzido, de fato, por afetos. Podemos refletir sobre essas falas identificando que o que desenvolve as relações temporais no grupo é a complementaridade entre o ato de se alimentar e o autocuidado, trabalhado pela nutricionista, e o cuidar das outras como através da escuta e dos momentos de diversão que caracterizavam os encontros por meio do design, percebendo os afetos, as relações pessoais e o amor como fatores fundamentais para tratar a saúde de forma coletiva. Aqui é possível identificarmos uma materialização do processo da pesquisa-intervenção, entendendo que as mulheres participam, mas também transformam o campo, inclusive nos fazendo refletir sobre o cuidado também nas abordagens do design.

Figura 34 – Desenho feito por Sarah durante a Oficina de Comunicação

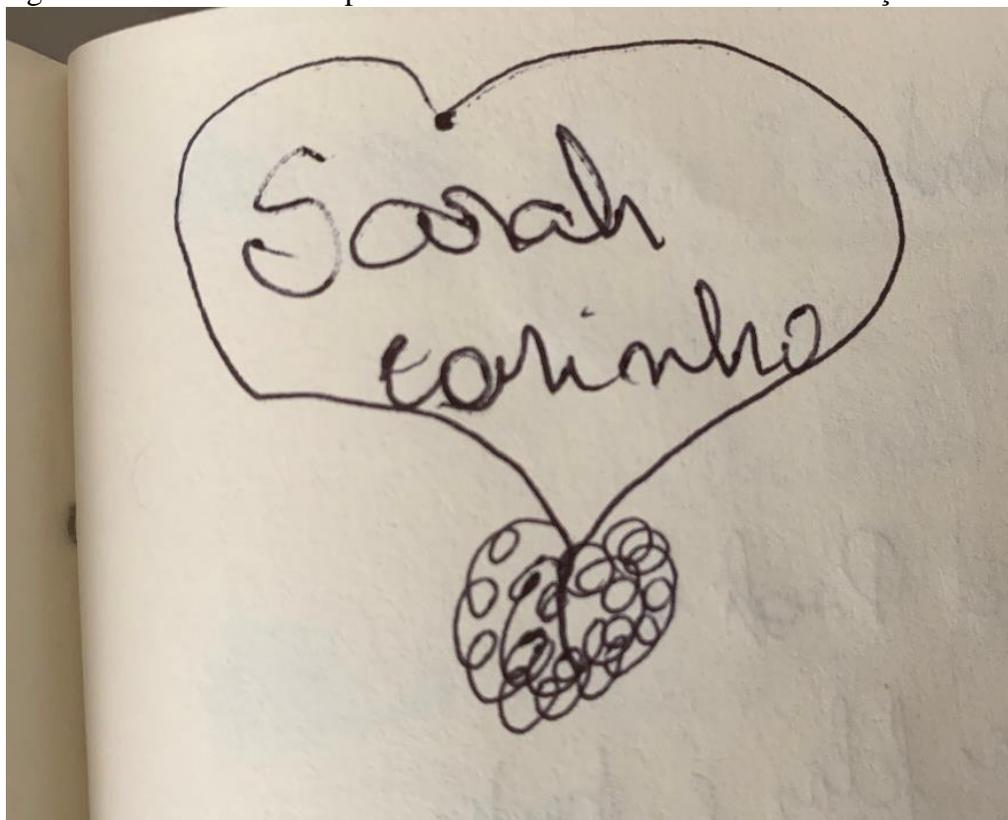


Figura 35 – Mulheres da Roda e as convidadas, Patrícia, Ana Lúcia e Elizabeth, mediadoras da Oficina de Comunicação.



Além desses pontos, me ocorreu uma preocupação com relação à questão autonomia versus independência do grupo. Em determinado momento da dinâmica, Sarah externou sua preocupação com uma possível finalização das atividades do grupo, pois ela acreditava que a Roda de Alimentação e Saúde deixaria de existir. Sarah entendia que o que estava mantendo a união eram as propostas de atividade das mediadas pelo design. Por esse motivo, optei por investir ainda mais nas práticas participativas como uma forma de estimular a autonomia do grupo, tornando as ações mais horizontais.

Confirmei a suspeita inicial de que, para elas, ainda havia uma verticalidade do processo, fazendo com que as participantes ainda observassem as conduções das atividades a partir de posições hierárquicas superiores entre os participantes (impressão que nos trouxe a ideia de fazer a oficina de culinária na primeira fase).

Nosso encontro seguinte estava previsto para o dia nove de maio de 2019, no entanto acabamos não realizando a atividade prevista. Ainda com a ideia de desenvolver uma campanha de nutrição na Penha, faríamos uma dinâmica para identificar habilidades das mulheres e fazer uma articulação com possíveis materiais que representasse a realidade local como estratégia de alcance. Não conseguimos realizar o encontro por falta de quórum pois somente Sarah e Glória compareceram. Nesse dia houve tiroteio, mas, por morarem na parte mais baixa da comunidade, as participantes presentes não perceberam os tiros que teriam

ocorrido na região mais alta. Esperamos por uma hora e decidimos cancelar já que não fazia sentido seguir com a atividade tendo cerca de seis faltas. No encontro seguinte elas confirmaram que estava havendo tiroteio e, quando isso acontece, elas não saem de casa. As mulheres nos confidenciaram que têm medo de falar sobre o assunto e por esse motivo não avisaram que não compareceriam naquele dia.

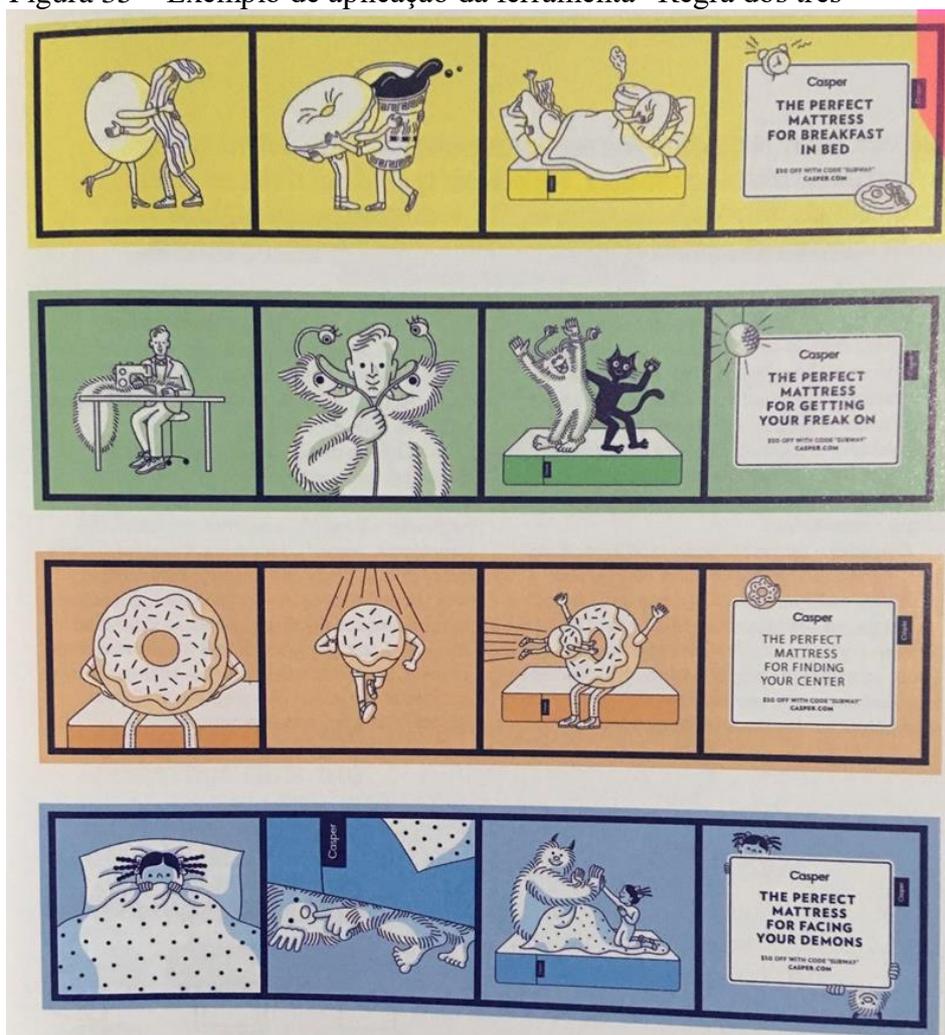
### 3.11 Coletando histórias de vida

Em maio de 2019, o Arranjo Local da Penha foi convidado pelo Observatório das Favelas a participar do evento denominado “LivMundi – Festival da Vida sustentável”, que ocorreria em junho de 2019. Sabendo de nossos planos de desenvolver um livro de receitas, Ana Santos nos contactou para propor que produzíssemos para lançá-lo no evento, assim modificamos nosso cronograma. Nosso livro, que finalizaríamos no final de julho de 2019, seria lançado na segunda semana de junho daquele ano.

Para dar início a criação coletiva do conteúdo do livro, propus uma atividade intitulada “Minha história”. Partimos da ideia de que o livro desenvolvido trouxesse junto às receitas a história de cada participante como uma forma de estimular a autoestima das mulheres, tornando-as não apenas personagens, como também protagonistas.

Para coletar essas histórias utilizei como inspiração a ferramenta “Regra dos três”, presente no livro “*Design is storytelling*”, de Ellen Lupton, voltado para a temática do Design de Serviços. Essa ferramenta parte da ideia da autora de que o número três seria mágico, aparecendo na vida, na literatura no marketing de produtos, por exemplo: três desejos, três porquinhos. A tarefa então é bastante simples utilizando três etapas fáceis, contando uma história em três partes básicas: início, meio e fim. Lupton (2017) afirma que os designers usam a ferramenta com uma estrutura composta por três partes para construir histórias e interações que satisfaçam e surpreendam.

Figura 35 – Exemplo de aplicação da ferramenta “Regra dos três”



Fonte: LUPTON. 2017, p. 39.

Em nosso contexto, adaptei a atividade objetivando que cada participante nos contasse um pouco de sua história, inspirando-me na “Regra dos três” para que fosse bastante simples a execução. Nossa atividade contou com uma capa na qual a participante teria de colocar seu nome, idade e quanto tempo vivia na Penha. A atividade teve duas etapas a mais do que a ideia de Lupton (2017), mas ainda assim mantendo a objetividade, sendo dividida da seguinte forma:

- Etapa 1: “Eu sou...”, espaço onde as mulheres deveriam escrever sobre suas rotinas, família, tarefas.
- Etapa 2: “Minha história na Roda começou...”, cuja tarefa era contar como e porque começou a participar da Roda de Alimentação e Saúde.
- Etapa 3: “Para a Penha eu desejo...”, voltada para a exposição dos desejos das mulheres para melhorar a saúde no bairro.

- Etapa 4: “Coisas que eu gosto”, local no qual as participantes deveriam colocar seus lazeres, colar imagens do que gostavam de fazer ou mesmo de gostos pessoais.

Figura 37 – Atividade “Minha História”.



O encontro ocorreu no dia 16 de maio de 2019. Compareceram Aline, Daura, Gerci, Glória, Sarah e Tatiane. Neusa, que nunca havia faltado, se ausentou, pois havia sofrido um acidente doméstico. Após o encontro as mulheres foram visitar Neusa. Nesse encontro comemoramos o aniversário de Tatiane.

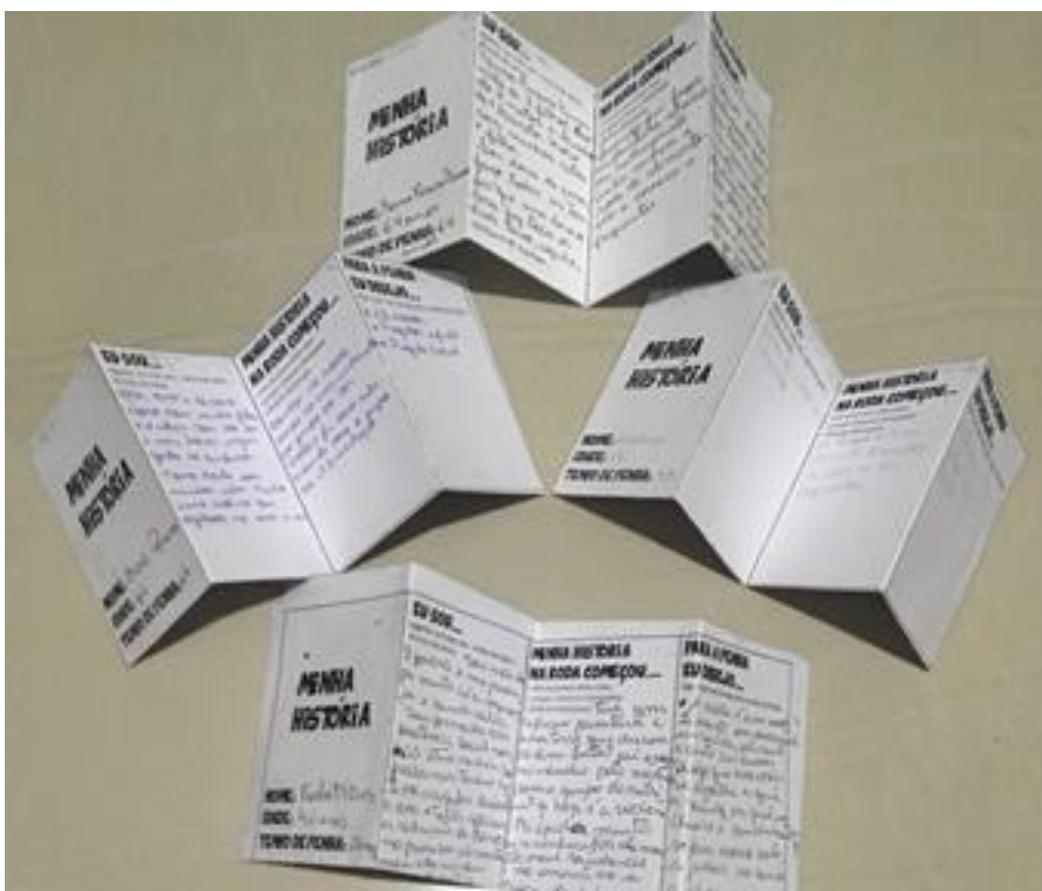
A proposta inicial era de que o grupo desenvolvesse a atividade durante o encontro na clínica, porém enfrentamos o problema da falta de uma sala para ocuparmos. Nossos encontros vinham acontecendo da sala do NASF, através do apoio da psicóloga e da terapeuta ocupacional, entretanto, no dia deste encontro, a sala estava trancada pois uma das profissionais estava atendendo um caso complexo. Com isso, foi necessário buscarmos um outro local para nos reunir o que atrasou bastante o início da atividade. Passamos algum tempo buscando locais e pessoas com as quais poderíamos falar. A ideia de que a Clínica da Família é um espaço aberto aos pacientes ficou evidenciada quando as participantes do grupo sugeriram alguns locais dentro da instituição de saúde.

Para contornar o problema e não postergar o desenvolvimento do livro, as mulheres levaram a atividade para desenvolver em suas casas. Algumas atrasaram um pouco a entrega, mas foi possível perceber que fazer em suas casas provavelmente gerou um resultado mais efetivo, pois estavam em seus lares e contaram com a ajuda de familiares na hora da escrita. Talvez as mulheres ficassem constrangidas ou se sentissem pressionadas com o tempo

contado do nosso encontro. Utilizamos as informações da atividade para contar as histórias de vida das mulheres em nosso livro de receitas.

Evelin, que esteve em nossos primeiros encontros, mas que precisou de afastar por motivos de trabalho, quis participar da atividade, então enviei para o seu e-mail o arquivo com a proposta. Ela nos entregou impresso e preenchido durante o pré-evento LivMundi, relatado adiante. Cabe destacar que Evelin, atualmente, é uma parceira do Arranjo, produzindo mudas disponibilizadas para o ALP.

Figura 38 – Algumas das entregas da atividade “Minha História”.



O problema da sala foi resolvido através da parceria com o projeto *Ambientes de Saberes e Aprendizagens em Saúde* (ASAS), que tem um espaço com algumas salas na Clínica da Família da Penha. Conversei com a responsável pelo projeto, Izamara, que se interessou pelo trabalho e permitiu que fizéssemos nossos futuros encontros no ASAS, e assim passamos a integrar as atividades do setor. O ASAS representou mais um ator com o qual estávamos “fazendo com”.

Com a parceria, passamos a contar com uma sala de reunião, um auditório e uma sala de leituras. O encontro desse dia foi realizado na sala de reuniões, porém elas não gostaram

muito do espaço pois havia um vidro pelo qual era possível sermos observadas, deixando-as desconfortável. Os demais aconteceram na sala de leituras.

Na semana seguinte, dia 23 de maio, nosso compromisso seria no auditório do ASAS onde desenvolveríamos a técnica da Arpilleira, mediada pela Susana Alegria, contudo não foi possível pois aconteceu uma operação policial, forçando-nos a cancelar devido a iminência de tiroteio, isto é, o perigo de “balas perdidas”.

### **3.12 A produção do livro para o evento LivMundi**

O evento aconteceu em três datas distintas: dia primeiro de junho de 2019, na Arena Dicro, na Penha, e dias 15 e 16 de junho no Parque Laje, no Jardim Botânico, zona sul do Rio de Janeiro. Nossa proposta para o evento que aconteceu no bairro foi de levar o livro ainda inacabado, funcionando como um provótipo, para que os demais moradores da Penha, que não faziam parte da Roda, contassem suas histórias e contribuíssem com receitas. O livro finalizado foi lançado nos dias que ocorreram no Parque Laje

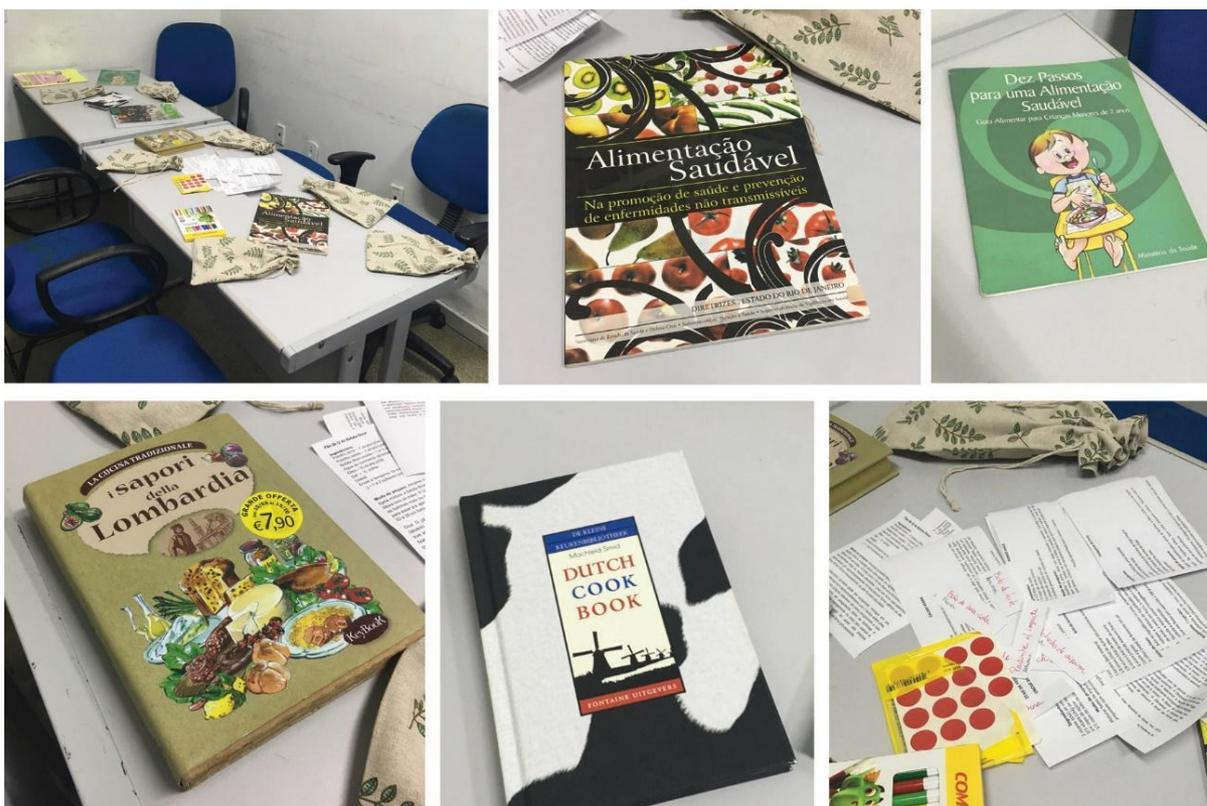
#### **3.12.1 Preparando o livro inacabado**

O encontro do dia 30 de maio foi voltado para uma experiência de diagramação. A intenção era verificar como as mulheres criariam seu livro, para tentar compreender como o material gráfico poderia comunicar a partir das escolhas das participantes. Estavam presentes Daura, Gerçi, Glória, Luciana, Sarah e Tatiane

Para desenvolver a diagramação, trabalhamos com as receitas que elas haviam levado no encontro de Dia da Mulheres, bem como aquelas que a nutricionista havia desenvolvido com a Roda anteriormente, as quais foram enviadas pela profissional; e papéis coloridos que funcionaram como suporte para desenvolver livretos.

Deixei sobre a mesa alguns livros que falavam sobre alimentação, parte do acervo da sala de leitura da Clínica da Família, e livros de receitas para que o grupo pudesse ter algumas referências. Entreguei duas folhas de formato A4 a cada mulher, pedi que dobrassem formando um livreto de oito páginas e solicitei que elas selecionassem receitas e arrumassem as informações criando seus respectivos livros.

Figura 39 – Mesa e objetos que levados para as atividades.



Entreguei também um kit do Arranjo Local da Penha contendo bloco, lápis, caneta e um broche com a marca do Arranjo para que as mulheres o utilizassem como diário visual. A inspiração partiu do livro *Graphic Design Thinking*, de Ellen Lupton, e o objetivo do bloco era que se tornasse um suporte para as ideias que elas tivessem dentro e fora do espaço de nossos encontros. O kit passou a acompanhá-las nos demais encontros e uma de suas utilidades foi a troca de receitas.

Figura 40 – Mulheres da Roda de Alimentação e Saúde com seus kits.



Durante a atividade, fiz fotografias das mulheres com avental do Arranjo e conversamos sobre as escolhas para o projeto gráfico do livro. Sarah sugeriu que trabalhássemos com imagens de rostos. Neusa deu a ideia de que uma mulher fosse a personagem do livro, representando o grupo, que escolheu como inspiração a dona Glória, participante mais experiente, no auge de seus 85 anos, na época.

Definimos também qual tipografia usar. Elas optaram uma fonte cursiva que se assemelhasse à caligrafia da dona Glória, para que o livro lembrasse um caderno de receitas comuns entre avós. Com relação à paleta de cor, as mulheres manifestaram a preferência por tons pastéis, utilizando o salmão como base da escala de cores.

Com relação ao tipo de papel, apresentamos uma opção branca e outra mais amarelada. O grupo preferiu a segunda opção. O livro seria então desenvolvido usando as histórias de vida coletadas pela atividade “Minha história”, a forma como as mulheres organizaram as informações em seus livretos e escolhas para o projeto gráfico.

Sarah parece ter gostado da atividade e se animou escrevendo duas frases interessantes e que aproveitamos no livro: *“Cozinhar é uma prova de amor. É igual a sonhar, a viver, a sentir e sorrir”*; e *“Cozinhar é um convite de coração para coração”*. Considerando as frases de Sarah e a fala de Ana Santos, para o jornal O Globo (2019), a cozinha é também elemento de dispositivos de conversação carregando sentidos, discursos, afetos, memórias, resistência, e pode ter um papel estratégico para falar sobre saúde.

Figura 41 – Mulheres trabalhando em seus livretos.



### 3.12.2 O evento LivMundi na Penha

No dia primeiro de junho de 2019 aconteceu o evento na Arena Dicró, no bairro da Penha. Começando por volta das 15 horas e terminando às 18. A abertura contou com a apresentação emocionante do grupo “Poetas Favelados”, grupo de jovens, moradores de

comunidades, que realizam saraus de forma itinerantes, em transportes e espaços públicos pela cidade do Rio de Janeiro. Para ilustrar o quão potente foi o momento, destacamos o seguinte trecho de uma das poesias de MC Martina, integrante do grupo: “*Nossa favela está se acabando em bala, mas a gente não para! / Só hoje várias escolas foram fechadas. / Imagina a quantidade de crianças sem aula...*” (POETAS FAVELADOS, 2018)

Conforme o planejado, levamos os livretos desenvolvidos em nosso encontro anterior, uma capa temporária e algumas páginas para serem preenchidas durante o LivMundi. Intitulamos o livro como “Delícias da Dona Penha e estampamos, na capa, o desenho de um rosto que remetia à Glória.

O layout era uma página dupla, sendo uma voltada para a contação da história do participante e, na outra, deveria ser escrita uma receita importante para aquele que participava. O objetivo era trabalhar as relações com o território da Penha, resgatando a o amor próprio dos moradores do bairro através das histórias de vida e da comida como um dispositivo de afeto.

Figura 41 – Mesa preparada pelo grupo no LivMundi realizado na Arena Dicro, com a capa temporária, o livreto desenvolvido no encontro anterior e o layout aberto para a atividade realizada durante o evento.

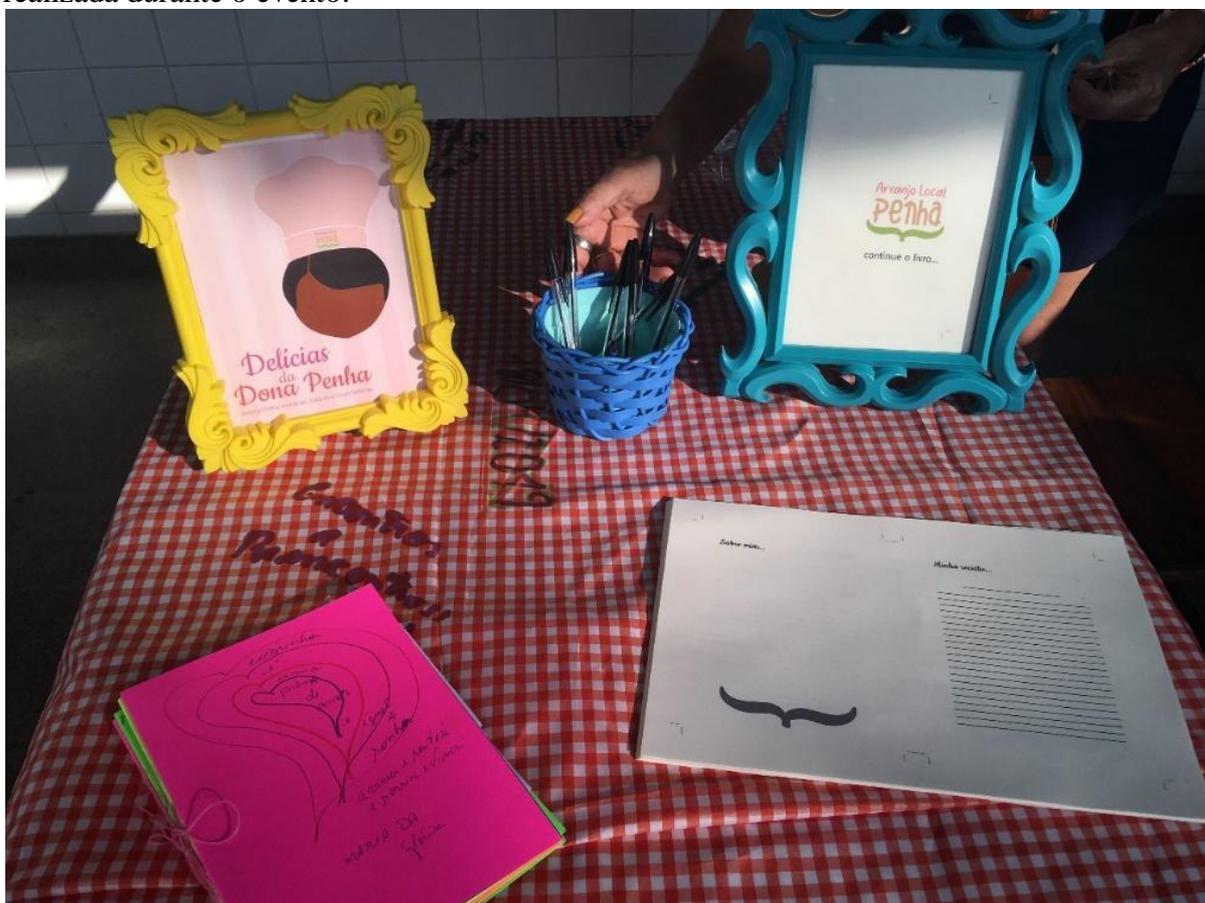
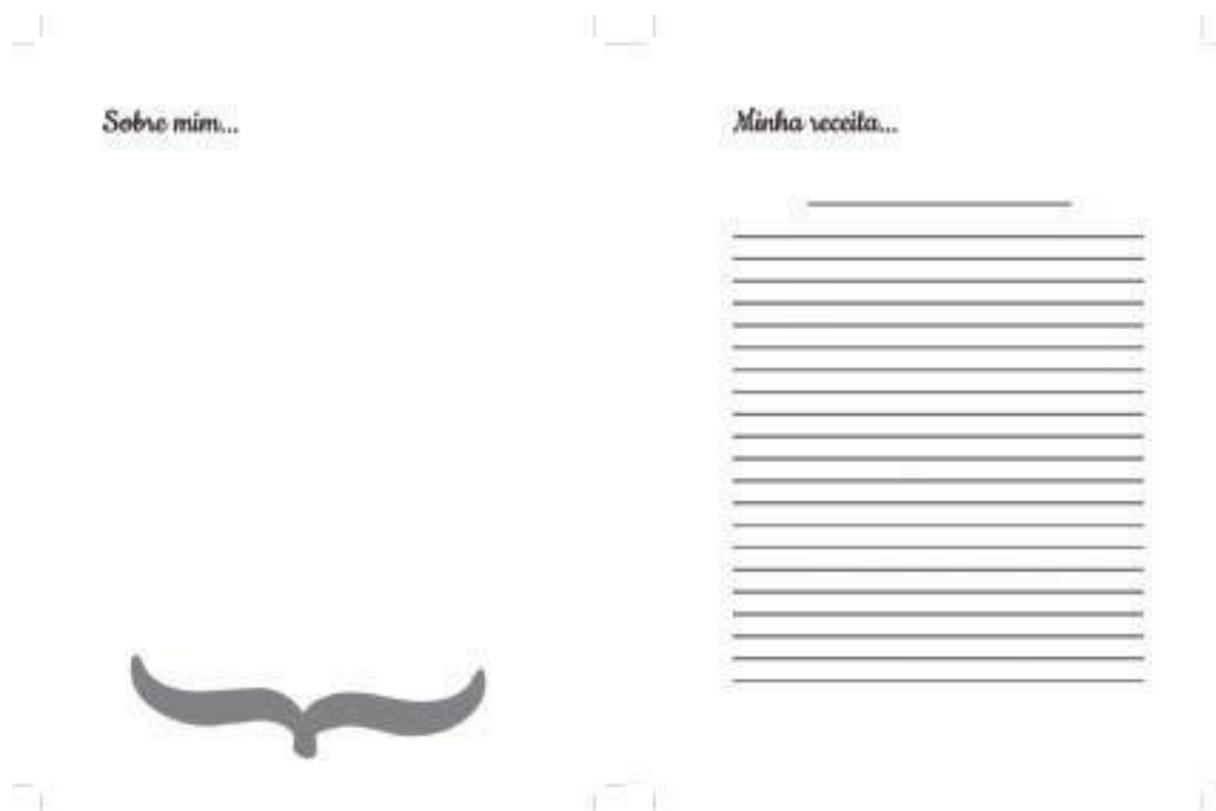


Figura 42 – Páginas a serem preenchidas pelos participantes do evento.



Durante o evento, tivemos um espaço reservado para nossa atividade e, concomitantemente, aconteciam outras dinâmicas como a criação da mandala da Penha, conversa com uma chef de cozinha sobre as Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANCS), roda de conversa sobre direito à alimentação, práticas de plantio que foram conduzidas por Diego Costa e Pedro Biz, também doutorandos da ESDI e parceiros do ALP.

A princípio, nos posicionamos próximo à cantina, porém percebemos que não estávamos tendo muita visibilidade. Ana Santos deu a ideia de nos posicionarmos no pátio, próximo à entrada da Arena. Acabamos ficando próximas a um mural que continha imagens de personalidades inspiradoras para o grupo, Marielle Franco e Paulo Freire, que foram lembrados ao longo deste trabalho.

Figura 43 – Grupo do Arranjo reunido durante a atividade.



Do nosso grupo, estiveram presentes Daura, Evelin, Glória, Sarah e Tatiane. Como foi em um sábado, nem todas as mulheres do grupo puderam participar. No entanto, aquelas que compareceram surpreenderam assumindo seus lugares de mediadoras da atividade.

Em um dado momento fomos convidadas a falar para todos sobre nossos encontros na Clínica da Família. Caminhamos juntas até o microfone e lá compartilhamos nossa história. Foi bastante emocionante. Evelin contou o que aconteceu com o setor de nutrição da Clínica. Sarah destacou a união e o fortalecimento do grupo. Daura, nossa atriz, interpretou trechos de peças da qual havia participado, demonstrando que ficou bastante à vontade naquele espaço, o que nos rendeu algumas lágrimas. Interpretamos essa tomada voluntária de decisão como um indício de que estava havendo um estímulo à autonomia e um reforço na noção de pertencimento como consequência do “fazer com”.

Figura 44 – Grupo falando sobre nossas atividades aos presentes no evento.



Outro fato que chamou a atenção foi que, no decorrer, do evento, observei que em várias ocasiões elas estavam se fotografando segurando a capa temporária do livro. Dona Glória, a matriarca e inspiração do conceito do livro, escolhido pelo grupo, vale destacar, demonstrou estar muito orgulhosa, o que reforça a questão da identificação como forma de trabalhar o amor-próprio e trazendo uma percepção de visibilidade.

Figura 45 – Dona Glória e a capa inspirada por ela.



Notamos que nossa atividade não estava tendo muita adesão, talvez porque outras dinâmicas estavam acontecendo ao mesmo tempo, então Sarah decidiu coletar as histórias e as receitas por conta própria. Com a companhia de Tatiane, ela circulou pelo evento angariando participações. Essa situação indicou que as mulheres estavam assumindo seus papéis de mediadoras, reforçando nossa relação mais horizontalizada, já que não havia ali uma hierarquia entre nós.

A decisão de buscar as participações das pessoas por parte do grupo foi bastante acertada pois conseguimos a participação de nove pessoas. Nossa atividade foi bastante elogiada porque, através dela, despertamos memórias afetivas relacionadas ao paladar, ao cheiro e aos momentos passados através da lembrança de determinadas receitas que, em sua maioria, tinha alguma relação com a mãe, avó ou alguma pessoa especial para o participante.

Entendi que o contar de histórias junto à rememoração das receitas estava funcionando como um dispositivo de afetos dos presentes no evento com o bairro da Penha, o que poderia contribuir para a deia de valorizar o bairro, resgatando o amor e orgulho de ter uma história

naquele território. Podemos olhar essa situação pela perspectiva simpoiética da saúde e refletir se o relembrar das relações afetivas não seriam também uma estratégia para trabalhar a saúde ambiental da região. Valorizar o bairro reflete no cuidar do bairro, o que inclui meio ambiente, lazer, segurança, educação, saúde. Por consequência, a valorização do bairro viria a refletir o gozo dos direitos sociais.

Houve um momento em que Sarah, emocionada, agradeceu a atividade. Disse à ela que sem a participação, o engajamento e a confiança do grupo não teria conseguido realizar o trabalho. Sarah falou algo fundamental que responderia à questão desta tese: como, enquanto designers podemos contribuir para a saúde? Disse ela: “sem você nós não teríamos as ferramentas para isso!”. Ao trocarmos a palavra “você” por design, podemos refletir que o processo participativo de design que estávamos tentando desenvolver estava rendendo boas conexões, pois elas entenderam o design como ferramenta, ou seja, era através de uma designer que isso estava acontecendo.

É importante destacar que o comportamento de quem conduz o processo faz diferença, porque pode afetar positivamente ou negativamente, mas, neste trabalho, o que é importante é a leitura dos processos. Fazendo uma interpretação da fala da Sarah por meio do afeto, o design foi um meio para a criação de laços que resultou não apenas em um produto gráfico, mas em algo mais subjetivo, que trouxe algumas transformações, inclusive em como elas se viam, no sentido de se olhar por meio do amor-próprio, e na autonomia das mulheres.

Em resumo, o evento na Arena Dicro contribuiu tanto para a leitura simpoiética da saúde como também da relação do design com o cuidado. Ao utilizar o processo participativo do design para criar laços por meio de afetos, temos a possibilidade de observar que a saúde mental pode ser trabalhada através das relações criadas, influenciando em um “auto-olhar”, isto é, no olhar para si, na autoimagem ou mesmo amor-próprio, na valorização de suas histórias, além de estimular o protagonismo; enquanto a saúde ambiental pode ser favorecida por meio da noção de pertencimento ao bairro; e a saúde alimentar com suas relações com o meio ambiente e a saúde mental. Por mais que façamos essas divisões, é sempre importante lembrar que essas separações são sempre explicativas, mas estão todas atravessadas umas pelas outras na noção de saúde integral e do Bem Viver. O cuidado se faz muito presente nessa análise pois, podemos refletir da seguinte maneira: se eu moro na Penha, eu devo cuidar do meu bairro, do ambiente ao qual faço parte; se eu sou protagonista da minha vida, sou capaz de cuidar de mim mesma e, também, daqueles ao meu redor.

### 3.12.3 O projeto gráfico do livro

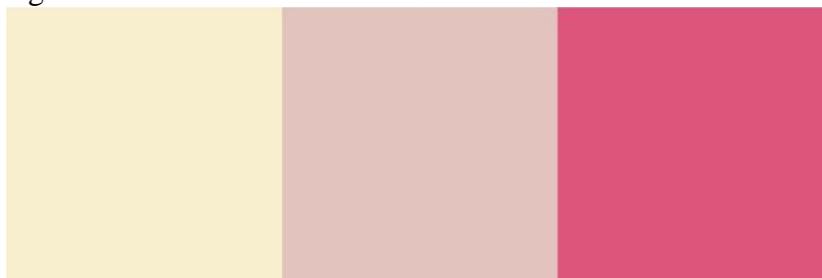
Durante os dias que se seguiram após o evento na Arena Dicro, desenvolvemos o projeto gráfico do livro, a partir das escolhas feitas no encontro que antecedeu o primeiro dia do LivMundi. Utilizei a fonte cursiva “Cookie” para as receitas e as histórias para que remetesse a uma escrita manual. Outra fonte utilizada foi a “Gotham”, de família geométrica sem serifa, para o sumário e textos de abertura de sessão, visando não sobrecarregar o layout com a fonte cursiva.

Figura 46 – Fontes selecionadas.

Gotham Light  
**Gotham Medium**  
*Cookie*

Em relação às cores, conforme as mulheres pediram, utilizei uma paleta com variações de rosa. O que seria o branco, é a cor do papel Pólen que, no caso, tem a tonalidade mais amarelada, de acordo com o que o grupo decidiu anteriormente.

Figura 47 – Paleta de cores.



Apresentei o resultado junto às mulheres em nosso tradicional encontro na Clínica da Família. Levei a capa reformulada e algumas páginas para que o grupo avaliasse a tipografia e os elementos ilustrativos. Utilizei nas aberturas de sessão as frases escritas por Sarah em seu livreto e de sua mãe, desenvolvidos no outro encontro: “*Cozinhar é uma prova de amor. É igual a sonhar, a viver, a sentir e sorrir*”; “[*Cozinhar*] é um convite de coração para

coração”. O único ajuste que solicitaram foi o aumento do tamanho da fonte porque havia ficado muito pequena e, segundo Sarah, estava “sobrando muito papel”.

Figura 48 – Paleta de cores.



Senti a necessidade de escrever uma apresentação para o livro e, considerando toda a afetividade envolvida nos meses que vinham trabalhando juntas, um texto comum ou mesmo acadêmico não faria jus ao que construímos. Como aquelas mulheres eram poéticas, optei pela poesia, buscando representar tudo o que havia observado junto ao grupo nos últimos meses. O resultado foi o seguinte:

Dona Penha

Dona Penha é mãe, avó  
É filha e também bisavó.  
Mulher negra que resiste  
Ora e chora por seus filhos  
porque vive num Estado triste  
que na violência ainda insiste.

Penha com amizade costura laços  
Carrega lembranças em seus braços  
de um bairro histórico e importante

mas que se viu invisível diante  
de tentativas de apagamento  
constantes.

Que situação!  
Cadê a saúde e a educação?  
Políticas de segurança?  
Dona Penha vive na esperança  
de ser vista com respeito  
num Estado Democrático de Direito.

Alimento é afeto  
Ainda mais quando amar é complexo  
da Penha trazemos receitas e histórias  
pois Dona Penha é também memória  
Memórias de tempos de Glória!

#### 3.12.4 Lançamento no LivMundi, no Parque Laje

Após a validação do projeto junto ao grupo, montei o layout utilizando o formato A4 aberto (A5 fechado), imprimir em papel Pólen 90g e optei pela encadernação utilizando o espiral, já que queríamos que o livro remetesse aos cadernos de receitas que nossas avós tinham em casa. Foram impressos 15 livros para distribuir entre as mulheres do grupo e expor durante os dois dias de evento no Parque Laje.

O Arranjo Local da Penha, em parceria com a Arena Dicró, disponibilizou transporte para o grupo para os dois dias de evento. O ponto de encontro foi no Parque Ary Barroso, onde elas se reuniram para um café da manhã colaborativo para depois seguirem para o Parque Laje, onde passaríamos o dia. Mantivemos nossa tradição de lanchar, levando comida para fazermos um piquenique no final da tarde. O evento também funcionou como uma integração entre os parceiros do ALP, pois também participaram os alunos da Escola Brandt Horta.

Todas tentaram participar do lançamento. No primeiro dia, Evelin não pôde ir e, no segundo, quem desfalcou a equipe foi Luciana, contudo todas conseguiram prestigiar. Ao entregar os livros às mulheres, elas ficaram bastante animadas e felizes com o resultado. Neusa sugeriu que nosso próximo material fosse um livro sobre ervas medicinais. Sarah pediu que fizessemos uma camisa para que pudéssemos ter uma identidade do grupo.

Figura 49 – Grupo após receber os livros.



Figura 50 – Grupo reunido expondo os livros no Parque Laje.



Os pedidos de outros materiais feitos participantes da Roda trazem uma reflexão sobre elas terem compreendido o design como uma ferramenta com a qual elas poderiam contar para compartilhar seus conhecimentos obtidos, seja no Arranjo Local da Penha ou na Clínica da Família, a outras pessoas.

Então, como desdobramento, iríamos desenvolver os materiais solicitados, significando que o livro feito coletivamente funcionou como um provótipo pois que provocou outras possibilidades de produtos que poderíamos criar juntas.

A questão do protagonismo, observada no evento da Arena Dicro, foi reforçada pois, em determinado momento, apresentamos aos presentes no Parque Laje um pouco do que o Arranjo Local da Penha fazia. Sarah iniciou a fala explicando o que era o Arranjo, por meio de palavras emocionadas e que valorizavam os laços criados ao longo de nosso trabalho conjunto. A decisão da Sarah, de se colocar como porta-voz do grupo em um ambiente no qual éramos “estrangeiras”, indicou que houve um estímulo na percepção sobre si mesmo, um “auto-olhar” que resultou em uma tomada de ação, fazendo com que ela se assumisse como protagonista naquele evento. Ali não existia mais a impressão de haver um mediador específico, todas eram capazes de mediar nossa dinâmica e a atitude da Sarah nos comprovou isso.

Figura 51 – Sarah ao lado de Neusa e Gerci, integrantes do grupo, apresentando o Arranjo Local da Penha



### 3.13 Considerações sobre a experiência de campo

No encontro seguinte conversamos sobre o evento e elas solicitaram que fossem trocadas suas fotografias por desenhos semelhantes ao da capa. Elas estavam preocupadas com a divulgação de suas imagens. Algumas pediram que suas histórias fossem complementadas com trechos passados durante o encontro.

Sarah sugeriu que lançássemos na Penha uma versão menor do livro, contendo apenas texto. Essa ideia foi muito interessante pois não fazia sentido lançar o livro apenas na zona sul já que nosso objetivo era trabalhar a saúde na Penha e valorizar aquela região da zona norte. Dessa ideia de Sarah nasceu o desdobramento do livro em um zine de receitas que seria distribuído no bairro.

Os demais encontros foram voltados para a discussão da produção dos materiais sugeridos: camisa, livro de ervas medicinais e zine de receitas. Tentei organizar uma data para que pudéssemos criar a estampa, no entanto as mulheres não se animaram e pediram que fosse feita com as ferramentas gráficas do design. Percebi que elas não estavam à vontade para realizar, então optei por não forçar a participação e fazer algo com base nas construções coletivas das nossas atividades anteriores. Apesar da hesitação por parte delas de desenvolver algo como codesigners, em reunião com Ana Santos, especulamos que o pedido para que uma designer fizesse a camisa poderia demonstrar que o grupo entendeu que o design é algo que elas também poderiam usufruir, solicitando materiais que fazem parte do universo profissional do design. Nesse sentido, é possível que tanto os pedidos, quanto a fala de Sarah sobre o design ter sido uma ferramenta para o grupo, indicam que o design é uma ferramenta democrática, a qual todos podem se apropriar visando lutar por seus direitos, amplificando suas vozes.

Para desenvolver o *zine* de receitas, propus, em um encontro, fazer uma colagem a partir de páginas impressas do livro que tiveram algum tipo de erro na impressão, com o objetivo de gerarmos alguns layouts para nos embasar. Contudo, as mulheres não se aventuraram muito em seus trabalhos, apenas selecionando as receitas que as interessavam e colando no papel em branco. Selecionamos conjuntamente, a partir do livro impresso, as receitas que elas gostariam de colocar no *zine*. Cada mulher escolheu duas.

Com relação ao livro de ervas medicinais proposto por Neusa, levei a demanda para o Arranjo Local da Penha para que fosse produzido o conteúdo, ficando prevista uma conversa sobre o assunto no segundo semestre de 2019. O Arranjo fez uma parceria com um grupo de alunos da ESDI que desenvolveu o projeto do livro em formato de *zine* para uma disciplina da

graduação em Design. Enviei alguns materiais que havíamos desenvolvidos com as mulheres para que os alunos tivessem como base. O desenvolvimento do conteúdo teve o suporte da Ana Santos, contudo não houve a participação das mulheres da Roda na execução.

A partir dos encontros, foram levantados possíveis temas de debate que seriam do interesse das mulheres e relatados aos demais integrantes do Arranjo para embasar as atividades, como o autocuidado, bem-estar, soberania alimentar, culinária, ervas medicinais, racismo e feminismo. Como atividade prática as mulheres abriram seus quintais para o Arranjo Local da Penha, realizando alguns encontros nas casas das participantes do grupo.

É importante ressaltar que alguns encontros não aconteceram devido aos tiroteios ocorridos na região, resultantes de operações policiais. Em duas ocasiões cancelamos ainda pela manhã e houve o encontro no qual compareceram apenas duas mulheres, Sarah e Glória. O medo é um atravessamento da saúde no território da Penha, representando um grande desafio para o experimento, nos indicando as dificuldades que as mulheres enfrentam cotidianamente. Como ser autônomo em ambiente onde o medo reprime? Como ser saudável em um espaço no qual o direito de ir e vir é restrito? Como cuidar da saúde se a segurança está comprometida? Se serviços públicos são cortados?

Os experimentos aqui descritos também podem ser observados como um pensamento tentacular, pois cada encontro se conectou de alguma forma aos demais. Alguns tiveram uma maior produção de conteúdo, como o primeiro (novembro de 2018), a conversa sobre saúde, a oficina de comunicação, o evento LivMundi na Penha; outros funcionaram como ações de conexão entre ideias e memórias que contribuíram para chegarmos ao material que produzimos, como os mapeamentos e o piquenique.

É possível olharmos a experiência de campo como dois momentos: aproximação e produção. Da fase de aproximação emergiram dois elementos muito importantes: as receitas como dispositivo de rememoração e integração do grupo, e que a prática da cozinha poderia auxiliar na promoção da saúde alimentar; o desejo de valorização do bairro da Penha, o que podemos ler como uma preocupação com o território, o que se relaciona com o ambiente saudável, logo, com a saúde ambiental.

Da fase em que produzimos o livro, é importante destacarmos caminhos que estimularam a autonomia no grupo: o entendimento do design enquanto ferramenta; o processo do “fazer com”; e o processo de identificação, esta observada por meio da definição do conceito do livro, em que as mulheres pediram que na capa fosse retratada a Dona Glória, surgindo a ideia de conceituar o livro como um caderno de receitas de uma moradora fictícia da região: a Dona Penha. A escolha do nome da “personagem” foi uma forma de

personificação do território enquanto uma moradora local, buscando a reflexão sobre a sua valorização. Por meio da identificação e da representatividade, temos o bairro da Penha emergindo como uma entidade tão mulher e tão potente quanto as participantes da roda, ou, inspirando-nos em Donna Haraway, uma não-humana formando um arranjo intra-ativo com a saúde e as moradoras.

Podemos observar que a representatividade foi um fator essencial para trabalhar a autonomia, o olhar para si e a valorização do território da Penha. É possível termos essa percepção com base na decisão do grupo, durante o evento LivMundi, na Penha, de falar aos demais participantes o que fazíamos no Arranjo Local da Penha e a iniciativa de irem buscar receitas e histórias para compor nosso livro colaborativo.

A ainda nascente valorização de seus saberes e práticas pode ter sido, este pode ter sido um fator que não permitiu a condução dos encontros com um design participativo no qual as moradoras tenham de fato colocado “a mão na massa” para produzir o layout do livro. Foi necessário utilizar um material específico como dispositivo para que as mulheres se sentissem mais à vontade para sugerir outros que eram de seus interesses. No entanto, embasando-nos em Bordenave, podemos pensar a experiência como aprendizado para evoluirmos na participação, pois, conforme o autor, só aprendemos a participar participando.

Outro ponto interessante é que o provótipo foi pensado de forma consciente durante a atividade realizada no LivMundi que ocorreu na Penha, pois a intensão era provocar reflexões sobre os saberes locais, contudo, o livro seguiu sendo provótipo, mesmo depois de lançado, provocando reflexões e mudanças nas mulheres. O livro e o “fazer com” provocaram a continuidade do trabalho do Arranjo Local da Penha. A princípio, havia a preocupação com a mobilização do grupo após o término do experimento, no entanto, percebemos que o fazer conjunto contribuiu para a manutenção da união do grupo bem como estimulou o engajamento.

A resistência e resiliência se mostraram presentes em relação ao desafio imposto pela turbulência enfrentada na região, sendo perceptível na avaliação sobre o ano 2019 realizada pelo grupo. As mulheres destacaram que as “turbulências as mantiveram mais fortes”. Essa afirmação foi bastante emblemática pois mostrou que estar em grupo reforçou os laços que não se desfizeram mediante as crises. Além disso, cabe destacar que nós nunca havíamos usado o termo “turbulência” com elas, no entanto a palavra emergiu como definição para os tempos conturbados. Observamos assim o fortalecimento da autonomia do grupo. Dessa forma, passamos a olhar o design como uma ferramenta capaz de “nutrir com” relações que nos permitiram ser resilientes ficando com os problemas, como diria Donna Haraway, por meio do “fazer com” para “lutar com” as mulheres.

O resultado positivo quanto ao estímulo do aumento da autovalorização das participantes foi percebido no evento de final de ano do Arranjo Local da Penha, durante o qual elas apresentaram esquete dirigida por Daura, ensaiada durante o segundo semestre de 2019. Cabe destacar que o grupo, mesmo com o isolamento social inesperado imposto pela pandemia de COVID-19, segue unido e fazendo eventuais encontros virtuais. A imagem a seguir foi feita em uma reunião cujo tema foi autocuidado.

Figura 52 – Reunião virtual sobre autocuidado.



Por fim, é possível olharmos a experiência do Arranjo Local da Penha como uma construção simpoiética. O direcionamento de nosso olhar às práticas do coletivo pela ótica da saúde permite a identificação de uma relação de simpoiésis, por meio das ações voltadas para questões ambientais referentes às moradias, ao plantar em suas casas; a alimentação, lutando pela soberania alimentar; e da saúde mental, enxergando as contribuições que encontros trazem para o lazer dos moradores da região. Por esse motivo, entendemos que a simpoiésis também está refletida nos direitos sociais, por meio da interligação entre moradia, alimentação, lazer.

## “NUTRIR COM”: CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ENCONTRO ENTRE DESIGN E SAÚDE

O verbo nutrir pode assumir diferentes significados. A seguir selecionamos alguns, com base no dicionário Aulete Digital (2021), que nos auxilia a fazer uma leitura do trabalho de campo desenvolvido nesta pesquisa. Segundo o dicionário “nutrir” pode significar:

1. Alimentar(-se), sustentar(-se) [td.: Essa quantidade de farelo é insuficiente para nutrir os porcos] [tdr. + de, com: O trabalhador nutre os filhos com sobras da feira: Certos animais nutrem -se de tudo que possam ingerir].
2. Fig. Manter vivo em si [td.: A mulher nutria sonhos irrealizáveis].
3. Ter (sentimento) em relação a [tdr. + por: "...ignora a paixão que por ela nutro..." (Joaquim Manuel de Macedo, O moço loiro)].
4. Fig. Manter-se, sustentar-se [tr. + de: A fofoca nutre -se da nossa curiosidade].
5. Tornar mais desenvolvido, mais sólido [td.: Estudava muito para nutrir seus conhecimentos].
6. Fazer aumentar, crescer [td.: Os maus tratos nutriram a revolta dos presos].
7. Ter maior poder de nutrição [int.: Os cereais nutrem mais do que a carne].
8. Ministrando instrução, educação [td.: Eram professores que sabiam nutrir seus alunos]. (AULETE DIGITAL, 2021).

O papel do design na relação entre o Arranjo e a Clínica da Família nos encaminha para a reflexão sobre a reaproximação do SUS com os movimentos populares, que foram fundamentais na consolidação do sistema de saúde. Olhando para trás, como diria a expressão *aimará*, mencionada no segundo capítulo, ou mesmo as temporalidades emboladas de Donna Haraway, é possível aprendermos com a luta dos movimentos populares que teve como grande feito a união entre setores sociais, sendo responsáveis pelo nascimento do SUS. Dessa forma, identificamos nosso papel, enquanto designers, tanto na conexão do que não está conectado (CARDOSO, 2013), como no “lutar com” proposto pelo design simpoiético (SZANIECKI et al, 2019) como um caminho para o reforço do SUS e da garantia da saúde como um direito social. Desse modo, fazendo uma leitura pelos significados do verbo nutrir, o “nutrir com” aqui percebido estaria relacionado a um design que alimenta, sustenta e mantém as relações entre o SUS e a população, tendo como efeito o crescimento mais satisfatório e um maior poder de assistência do SUS.

As conexões entre serviço público e a comunidade, bem como dentro da própria comunidade, podem ser pensadas como dispositivos que estimulam a autonomia, visto que, estando as favelas à margem da sociedade brasileira, os moradores criam seus próprios modos de vida, cuidando-se de forma independente do Estado. Essa é uma questão que nos remete ao Bem-Viver brasileiro que também pode ser pensado a partir da resistência das famílias que vivem em comunidades, tal como Ana Santos (2020) ressaltou. O campo ilustrou essa questão pois o início do trabalho se deu a partir da péssima decisão do Estado de acabar com o setor de

nutrição da Clínica da Família, logo, defendemos a ideia de que a saúde não deve ser observada somente como um serviço, seja público ou privado, mas também como um cuidado que devemos nos atentar cotidianamente, não apenas quando estamos no consultório médico.

Concordamos com Arturo Escobar (2016), quando o antropólogo colombiano argumenta sobre a proposta de criarmos esferas de ação, em que nós somos autônomos do Estado, e novos arranjos institucionais para esse fim. O campo nos mostrou que temos a capacidade de usar os processos de design para reconectar o SUS e a comunidade, a partir de ações de base local, com o suporte dos movimentos sociais, tais como o Arranjo Local da Penha. Desse modo, o design se apresenta como uma ferramenta que auxilia o reforço da democracia, trazendo novas possibilidades para a inclusão da população que está à margem da sociedade. Inspirando-nos por Escobar (2018), podemos pensar a conexão, feita pelo design, entre Estado e comunidade como uma existência não-dualística, ou uma convivência na multipolaridade, pela ótica do Bem Viver, criando relações harmônicas com o objetivo de “fazer com” modos de vida saudáveis.

Nesse sentido, identificamos relações com a autonomia tal como é abordada por Escobar (2018). No campo de pesquisa aqui desenvolvido, encontramos um grupo de mulheres que tomaram a decisão de mudar sua saúde alimentar, assim como de suas famílias, mesmo vivendo sob as tensões enfrentadas cotidianamente pela comunidade, reafirmando a potência para resiliência que Escobar (2018) identifica nas mulheres.

Desse modo, cabe destacar os significados de nutrir, *manter vivo em si; ter (sentimento) em relação a;* e *manter-se, sustentar-se;* relacionando-os ao elemento principal que unia as mulheres: o desejo de mudança. Mudar foi o dispositivo que as levou até o grupo de nutrição da Clínica da Família e, também, é o que as mantém juntas ao Arranjo até hoje.

O encontro entre o design e a saúde guarda relações com o design para as transições, tratado por Escobar (2018), visto que nosso objetivo é criar caminhos, por meio do “fazer com”, para a melhoria da saúde. Portanto, a proposta deste trabalho é a modificação da nossa visão para uma noção de que a saúde é muito mais do que um serviço, já que diversas relações podem impactá-la. Assim, a sugestão é olhar a saúde por uma ótica holística, dialogando com a ideia de uma saúde simpoiética. Nesse sentido, é possível estabelecermos uma relação com significado de nutrir que diz respeito a: *ministrar instrução, educação.* Como estamos trabalhando de forma embasada também na comunicação dialógica de Paulo Freire (1995), a partir da reflexão sobre o design para as transições na experiência com a Clínica da Família, o nutrir aqui trabalhado está ligado a uma relação de troca, isto é, mútua. O design atua enquanto uma ferramenta que nutre o conhecimento para todas as partes envolvidas, ou seja, o SUS, a população e os trabalhadores.

Os experimentos de design realizados na Clínica da Família também permitiram refletir sobre a questão da simpoiésis por meio da relação que identificamos entre a saúde alimentar e a saúde mental em nossas práticas. É possível chegarmos a essa conclusão, com base no que foi coletado durante as atividades, nos sentimentos gerados antes e depois do problema da demissão e na emblemática fala de Sarah, sobre a nutricionista tê-las ensinado a comer e a designer ensinar a se amar. Considerando-se que, mesmo após a saída da nutrição, continuamos pautando nossas práticas pela alimentação, o amor-próprio foi percebido pela participante, o que nos faz entender que há uma relação estreita entre a saúde mental e saúde nutricional, refletindo o cuidar de si como uma expressão de afeto. Assim, o “nutrir com” identificado expressaria o significado de *manter vivo em si* o amor-próprio por meio do autocuidado e, no caso da saúde, as relações entre a saúde alimentar e mental evocam um “nutrir com” que se refere a alimentar e sustentar a saúde como um todo interconectado.

Sarah ao destacar que a mudança da mediação da nutrição para o design, - quando a comida passou a ser uma expressão do cuidado por uma perspectiva de afetividade em grupo, em que os sentimentos delas eram a essência de nossas conversas, e que resultaram em produções coletivas-, não era uma substituição, mas sim uma continuação, trouxe a percepção de que a nutricionista representava o passado, enquanto a designer o presente, nos encaminhando para o “ficar com os problemas” e as temporalidades marcadas pelas relações entre passado, presente e futuro, abordadas por Haraway (2016). O passado sempre acompanhou os encontros, seja nas memórias, na temática da alimentação, a qual embasou grande parte das atividades, e a realidade da ausência da nutricionista. O presente representou o período em que o design entrou em ação e buscamos conjuntamente ser resilientes após a demissão do setor de nutrição da Clínica da Família. O futuro ficou evidenciado nos planos que as participantes da Roda passaram a propor, como o desenvolvimento de outros materiais além do livro. Desse modo, podemos fazer a leitura de que o passado, presente e o futuro “nutrem com”, no sentido de manter-se e sustentar-se entre si de forma simpoiética.

O emaranhado entre passado, presente e futuro, também pode ser observado ao longo da escrita desta tese. Em todos os capítulos temos a possibilidade de identificar situações que aconteceram no passado, mas que faziam sentido para o presente e nos ajudaram a pensar caminhos para o futuro. No primeiro capítulo, partimos das experiências vividas na graduação em Design como dispositivo para o desejo de desenvolver um trabalho com o campo da saúde. No segundo capítulo temos o histórico do SUS que nos deu a noção da importância dos movimentos sociais e da questão territorial para a conformação do sistema de saúde brasileiro, nos fazendo refletir sobre o resgate das relações entre o SUS e a comunidade por meio do

ALP e do design enquanto ferramenta. Já no terceiro capítulo a temporalidade é observada no trabalho de campo e reafirmada nas palavras de Sarah mencionadas anteriormente.

Com relação aos dispositivos de conversação utilizados em campo, foi possível notar que o funcionamento se dá também de forma simpoiética. Considerando que os dispositivos seriam conjuntos de elementos heterogêneos, tudo o que emergiu dos dispositivos de conversação em campo, resultou de um “fazer com” entre diversos elementos tais como o local onde estávamos, ora na Clínica da Família, ora em outros ambientes; a atividade proposta; os lanches levados; o mediador; os discursos ou mesmo vivências de cada participante.

Cabe destacar que não encontramos com facilidade uma vasta literatura que aborde o tema *Design & Saúde* para além das instituições de assistência médica, isto é, pensando a saúde para além das instituições de cuidado, mas é possível acharmos artigos que tratam de produções de design que atendem o campo da saúde por meio do projeto de produtos ou de serviços, práticas essas que estão presentes em nossa proposta, mas preferimos não nos restringir a elas. Nesse sentido, temos a capacidade de contribuir para a construção de um referencial nos embasando no design sustentável, através da reflexão de que os problemas da saúde são questões sociais, que se relacionam também com as ambientais, logo, necessidades reais para as quais o designer tem condições de apresentar não necessariamente soluções, mas caminhos ou possibilidades.

Desse modo, quando Roberts e Wright (2017) destacam os importantes papéis desempenhados pelo design gráfico voltado para a saúde, temos a possibilidade de pensar a promoção da saúde como uma função social das mais importantes para o designer, ainda mais em um país onde a saúde é um direito social inscrito na Constituição Federal, mas que nem sempre é garantido na realidade. É possível entendermos que o design frente às complexidades pode assumir também um modo de operar simpoiético, “nutrindo-se com” as diversas áreas que compõem o campo.

A vista disso, nossa percepção é a de que o design não deve se encaixar em uma produção linear, a partir da resposta de um designer ao briefing de um cliente, seja ele uma empresa comercial ou uma demanda do governo. No campo da saúde, acreditamos que é particularmente necessário desalinhar o linear para pensar e atuar por meio das “tentacularidades” de Donna Haraway, optando por um design que é um “fazer com” entre uma multiplicidade de atores e a multiplicidade da própria noção de saúde.

Esta percepção reflete o que foi experimentado e vivido junto ao Arranjo Local da Penha, não apenas quando verificamos as relações da saúde com meio ambiente, lazer,

alimentação, moradia, como também no papel do design enquanto uma ferramenta democrática que, quando apropriada pelas moradoras da Penha, constrói novos caminhos para “lutar com” os movimentos sociais e o SUS, pela redemocratização da saúde brasileira, reaproximando Estado e comunidade, por meio de ações afetivas e territoriais. Nesse sentido, o design, operando pela escuta, pode ser utilizado por todos os cidadãos para amplificar suas vozes, lutar por direitos e construir novas formas de se estar no mundo.

Com isso, é importante destacarmos também a importância da academia no processo de “nutrir com”, sustentando também a reaproximação entre instituições de ensino e pesquisa e a sociedade. As pesquisas participativas aliadas às intervenções de design são caminhos interessantes para desenvolver processos de “fazer com” entre SUS, cidadão, movimentos sociais e a academia.

Encerramos esta tese com a proposta de pensarmos um campo *Design & Saúde*, que é necessariamente simpoiético, envolvendo designers, profissionais da saúde, pacientes, territórios e instituições. Portanto, a proposta é assumirmos o papel de conectores não nos restringindo ao final do processo de produção de saúde mais verticalizado, aquele cuja responsabilidade recai apenas sobre o Estado, entendendo que o design é uma ferramenta que contribui para a autonomia quando observado como parte dos tentáculos dos arranjos intra-ativos que compõe nosso planeta.

Por fim, entendemos que *Design & Saúde* é embasado pelo “nutrir com” trazendo consigo os seguintes significados: um design que se alimenta, se sustenta “com”; um design que mantém vivo em si as diversas especialidades do campo para operar “com”; um design no qual existem “afetos com” todos os envolvidos em determinado projeto; um design que se mantém “com” o campo da saúde, em uma relação simpoiética; um design que auxilia a tornar o campo da saúde mais desenvolvido, mais sólido, oferecendo um maior poder de nutrição por meio de ferramentas participativas, como os dispositivos de conversas e os provótipos; um design que faz “com” para aumentar, crescer, desenvolver a relação da saúde com os humanos, não humanos e mais que humanos.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. *O Bem Viver – uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Editora Elefante, 2016.
- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo. *Revista Outra Travessia*, n. 5, Ilha de Santa Catarina – 2º semestre, 2005.
- AGGER ERIKSEN, Mette. *Material Matters in Co-designing*. 2012. 460f - Malmö University, Malmö, 2012.
- ANASTASSAKIS, Z.; SZANIECKI, B. *Conversation dispositifs: towards a transdisciplinary design anthropological approach*. Design Anthropological Futures. Londres: Bloomsbury, 2016.
- ANS. *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 de 27 de outubro de 2000*. Brasília, DF: ANS, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>> Acesso em: 27 jan. 2021.
- ANTUNES, A. *Terceiro Setor*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/terceiro-setor>> Acesso em: 02 jun. 2020.
- AROUCA, A. *Democracia e Saúde*. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- AULETE. *Intervenção*. Dicionário Aulete Digital. Disponível em: <<https://aulete.com.br/interven%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 12 out. 2019.
- AULETE. *Nutrir*. Dicionário Aulete Digital. Disponível em: <https://aulete.com.br/nutrir> Acesso em: 12 abr. 2021.
- BANNON, L; EHN, P. Design Matters in Participatory Design. In: SIMONSEN, J; ROBERTSON, T. *Routledge International Handbook of Participatory Design*. Nova Iorque: Taylor & Francis Books, 2013
- BATISTA FILHO, Malaquias. Alimento e alimentação. *Cienc. Culto*. São Paulo, vol. 62, n. 4, 2010. Disponível em <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000967252010000400008&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252010000400008&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 14 de dezembro de 2020.
- BORDENAVE, J. *O que é participação*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, DF: Senado Federal, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em 20 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília, DF: Senado Federal, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional no 64, de 4 de fevereiro de 2010. *Altera o artigo 6o da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social.* [Internet]. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm)> Acesso em: 03 jan. 2021

CANABRAVA, C. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.23, n.1. Rio de Janeiro, 2007

CARDOSO, J; ARAUJO, I. Comunicação e Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em saúde. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>> Acesso em: 10 set. 2019

CARDOSO, R. *Design para um mundo complexo.* São Paulo: Cosac e Naify, 2008.

CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Ottawa, 1986. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Documento orientador da 16ª CNS. Brasília, 2019. Disponível em: Acesso em: 5 nov. 2019.

COELHO, V; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 59, no 3, 2016, p. 867 a 901.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde. *Anais 3ª Conferência Nacional de Saúde.* Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *O Sistema Único de Saúde.* Disponível em: Acesso em: 8 jan. 2020

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. *Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris.* 10 dez. 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>> Acesso em: 26 nov. 2019.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DOUGHERTY, B. *Design Gráfico Sustentável.* São Paulo: Edições Rosari, 2011.

ENSP. Morre Giovanni Berlinguer, italiano que inspirou a reforma sanitária brasileira. *Informe ENSP*, 2015. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37469>> Acesso em: 20 jul. 2020.

ESCOBAR, A. *Designs for the Pluriverse: Radical Interdependence, Autonomy, and the Making of Worlds*. Durham and London: Duke University Press, 2018.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FIOCRUZ. *Determinantes sociais da saúde*. Pense SUS, 2019. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais> > Acesso em: 30 out. 2019.

\_\_\_\_\_. *Atenção básica*. Pense SUS, 2020. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica> > Acesso em: 15 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. *Público x Privado*. Pense SUS, 2020. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>> Acesso em: 13 maio 2020.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, nº 3. Rio de Janeiro, 2009

FONTES, V. Democracia é uma tensão permanente de igualdade e liberdade. [Entrevista concedida a] Cátia Guimarães. *Revista Poli: saúde, trabalho, educação*. Rio de Janeiro, 2019.

FORTY, A. *Objetos de Desejo – Design e Sociedade desde 1750*. São Paulo: Cosac e Naify, 2013.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GOULART, F. *Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas, SP: Papyrus, 2011.

HALSE, J.; BOFFI, L. Design Interventions as a Form of Inquiry. In: *Design Anthropological Futures Conference*, Copenhagen: KDKA, 2014

HARAWAY, D. *Staying with the trouble*. Carolina do Norte: Duke University Press, 2016.

ICONOCLASISTAS. *Manual del mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

JOSÉ, F. Complexo da Penha: Como tudo começou. *Vozes da comunidade*, 2017. Disponível em: <<https://www.vozdascomunidades.com.br/comunidades/complexo-da-penha/complexo-da->

penha-como-tudo-comecou/> Acesso em: 27 jan. 2021

KENSING, F; GREENBAUM, J. Heritage: having a say. In: SIMONSEN, J, ROBERTSON, Toni. *Routledge International Handbook of Participatory Design*, 2013.

LANDER, E. Com o tempo contado: crise civilizatória, limites do planeta, ataques à democracia e povos em resistência. In: DILGER, G; LANG, M; FILHO, J. *Descolonizar o imaginário: Debates sobre pós-extrativismo e alternativas ao desenvolvimento*. São Paulo: Editora Elefante, 2016.

LANG, T; RAYNER, G. *Ecological public health: the 21 st century's big idea?* Londres: Routledge, 2012.

LATOURETTE, B. Um Prometeu cauteloso?: alguns passos rumo a uma filosofia do design (com especial atenção a Peter Sloterdijk). *Agitprop: revista brasileira de design*, São Paulo, v. 6, n. 58, jul. ago. 2014.

LEITE, J. Prefácio. In: SOLÓN, P. *Alternativas sistêmicas: Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização*. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

LUNARDI, V. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *R. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999

MACHADO, K. O fio da história. *Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, no. 65, p. 14-17, jul. 2019.

MANZINI, E. *Design quando todos fazem design*. Porto Alegre: Unisinos, 2017.

\_\_\_\_\_. *Conversations: Reset*. Milão: DESIS network, 2020. Disponível em: <<https://www.desisnetwork.org/wp-content/uploads/2020/07/Conversations-2020-Reset-EzioManzini.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2021.

MANZINI, E; JÉGOU, F. *Collaborative services*. Social innovation and design for sustainability. Milão: POLI.design, 2008

MENDES, R; PEZZATO, L; SACARDO, D. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.21, no.6, Rio de Janeiro, 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da Saúde*. Brasília, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. Brasília, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>> Acesso em: 27 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>> Acesso em: 23 de jul. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sobre o Programa Saúde da Família*. Brasília, 2020c. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> Acesso em: 23 de jul. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2020d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>> Acesso em: 23 de jul. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agente comunitário de Saúde*. Brasília, 2020e. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>> Acesso em 23 de jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)> Acesso em: 03 jan. 2021

MINTZ, S. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 47, pág. 31-42, outubro de 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092001000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 dez. 2020.

NORONHA, J; LIMA, L; MACHADO, C. Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

OPAS. *Participação Social*. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748)>. Acesso em: 15 out. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. 26.ed. Genebra: OMS, 1976.

PAIM, J. O que é o SUS. *Coleção Temas em Saúde Interativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

PAPANÉK, V. *Design for the real world: Human Ecology and Social change*. Londres: Thames & Hudson, 1985.

PAZMINO, A. V. *Uma reflexão sobre Design Social, Eco Design e Design Sustentável*. In: Anais do I Simpósio Brasileiro de Design Sustentável. Anais... Curitiba, 2007.

ROBERTSON, T; SIMONSEN, J. *Participatory Design: an introduction*. In: SIMONSEN, J; ROBERTSON, T. *Routledge International Handbook of Participatory Design*, 2013.

ROCHA, M. Psicologia e práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico* (PUCRS), v. 37, p. 169-174, 2006.

\_\_\_\_\_; AGUIAR, K. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 2003, vol. 23, no. 4, 64-73, dez. 2003.

SANDERS, E; STAPPERS, P. Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*, Abingdon, vol. 4, No. 1, p. 5–18, mar. 2008.

SANTOS, A. ‘Para nós, a cozinha é trincheira de luta’, diz líder de coletivo que empodera mulheres por meio da comida. [Entrevista concedida] Renata Izaal. *O Globo*, Rio de Janeiro, jun, 2019.

SANTOS, N. O fio da história. [Entrevista concedida a] Kátia Machado. *Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, no. 65, p. 14-17, jul. 2019.

SAPS. *O que é Atenção Primária?* Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>> Acesso em: 15 jul. 2020.

SCHRAUWEN, S; ROBERTS, L; WRIGHT, R. *Can Graphic Design save your life?* London: GraphicDesign&, 2017.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), p. 29-41, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Clínicas da Família*. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em:<<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>> Acesso em 23 de jul. 2020.

\_\_\_\_\_. *Centros Municipais de Saúde*. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/centros-municipais-de-saude#>> Acesso em 23 de jul. 2020.

\_\_\_\_\_. *Policlínicas*. Rio de Janeiro, 2020c. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/policlinicas>> Acesso em 23 de jul. 2020.

\_\_\_\_\_. *Centros de Atendimento Psicossociais*. Rio de Janeiro, 2020d. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>> Acesso em: 23 de jul. 2020

\_\_\_\_\_. *Urgência e Emergência*. Rio de Janeiro, 2020e. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/urgencia-e-emergencia> > Acesso em: 23 de jul. 2020

\_\_\_\_\_. *Hospitais especializados*. Rio de Janeiro, 2020f. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/hospitais-especializados> > Acesso em: 23 de jul. 2020

\_\_\_\_\_. *Maternidades Municipais*. Rio de Janeiro, 2020g. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>> Acesso em: 23 de jul. 2020

\_\_\_\_\_. *Institutos Municipais*. Rio de Janeiro, 2020h. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/institutos> > Acesso em: 23 de jul. 2020

SOLÓN, P. *Alternativas sistêmicas: Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização*. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

STOTZ, E. *Participação Social*. In: Dicionário da Educação Profissional em saúde.

Disponível em: < <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>> Acesso 125 em: 25 set. 2019

TIBOLA, T. ET AL. Apresentação da edição especial Seminário Design.com Outubro 2017. *Revista Arcos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2017.

TIBOLA, T ET AL. Regras, trapaças e poética comum: reflexões a partir do design colaborativo de dispositivos de conversação. In: Eber Pires Marzulo; Daniela Cidade; Daniele Caron; Luisa Durán; Camila Domingues; Carolina Gallo Garcia; Livia Biasotto; Luciana Andrade; Marcelo Heck. (Org.). *Anais do 7o Simpósio Imagem e Identidade e Território*. 7ed. Anais... Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017, v., p. 68-83.

SZANIECKI, B *et al.* *DESIGN.COM*: práticas simpoiéticas no design contemporâneo. In: Anais do SDS 2019. Anais... Recife: Blucher Design Proceedings, 2019.

THAKARA, J. *Plano B – o Design e as Alternativas viáveis em um mundo complexo*. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

TIBOLA, T. Futuros impossíveis: uma aproximação de dispositivos de conversa com a pesquisa-intervenção. In: ROZESTRATEN, A; BECCARI, M; ALMEIDA, R (Orgs), *Imaginários Intempestivos: Arquitetura, Design, Arte e Educação*. São Paulo: FEUSP, p. 144-161, 2019.

\_\_\_\_\_. *Histórias de sintonias e fronteiras: escutar, ocupar, dissentir a cidade*. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

TIBOLA, T. ET AL. Apresentação da edição especial Seminário Design.com 3: cartografias, copesquisas, narrativas. *Revista Arcos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2018.

THIOLLENT, M. Notas Para o Debate Sobre Pesquisa-Ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.), *Repensando a Pesquisa Participante*, 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.