

# Do Higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal

Regina Zanella Penteadó\*

Regina Yu Shon Chun\*\*

Reginalice Cera da Silva\*\*\*

## Resumo

*Este artigo tem por objetivo discutir o uso da terminologia “higiene vocal” e “saúde vocal”, considerando-se que a opção por uma ou por outra expressão implica mudanças de referenciais e de concepções que determinam propostas diferenciadas de ações educativas em Saúde, em especial no campo da Fonoaudiologia. O estudo está assentado em aspectos sociais e históricos do Higienismo em Saúde Pública/Coletiva e da Educação em Saúde no Brasil, que busca compreender suas especificidades e implicações na práxis fonoaudiológica. Favorece a reflexão sobre o caráter higienista das ações educativas em saúde e mostra que, tradicionalmente, as ações de “higiene vocal” e algumas sob a denominação “saúde vocal” estruturam-se em fundamentos higienistas que se contrapõem aos atuais pressupostos da Promoção da Saúde. O estudo contribui para repensar a educação em saúde nas diversas áreas da saúde e indica a necessidade de redirecionar a prática fonoaudiológica em Saúde Pública e de buscar uma terminologia, em particular na área de voz, que se mostre coerente com a construção de processos educativos baseados nos pressupostos da Promoção da Saúde.*

**Palavras-chave:** promoção da saúde; saúde pública, educação em saúde; fonoaudiologia; voz.

## Abstract

*This paper has the objective of discussing the use of the terms “vocal hygiene” and “vocal health” by considering that the option for this or that term implies changes in references and conceptions that determine different proposals for educational health actions, in special in Speech and Language Pathology. This study is based on social and historical aspects of “Hygienism” in Public/Collective Health and Health Education in Brazil. It seeks to understand the specificities and implications of praxis in Speech and Language Pathology. It offers reflection about the hygienist character of educational practices in health and shows that traditionally, the practices under the denominations “vocal hygiene” and sometimes, “vocal health” have been structured on hygienist fundamentals, that goes against the proposals of Health Promotion. This article contributes to think about health education in several health areas; indicates the*

\* Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP; especialista em Voz e Linguagem pelo CFFa. Docente dos cursos de Graduação, Especialização e Mestrado em Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep. \*\* Doutora em Linguística pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP. Especialista em Voz e Linguagem pelo CFFa. Docente dos cursos de Graduação, Especialização e Mestrado em Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep. \*\*\* Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Docente dos cursos de Graduação e Especialização em Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba – Unimep.

*need to redirect the Speech-Language-Pathology practices in Public Health and to search for a terminology, in special in voice area, that demonstrates coherence with the development of educational processes based on the proposals of Health Promotion.*

**Key-words:** *health promotion; public health; health education; speech and language pathology; voice.*

### Resumen

*Este artículo tiene por objetivo discutir el uso de los términos “higiene vocal” y “salud vocal”, considerando que la opción por un u otro término implica cambios de referenciales y de concepciones, que determinan propuestas diferenciadas de acciones educativas en Salud, en especial en el campo de la Fonoaudiología. El estudio está fundamentado en aspectos sociales e históricos del Higienismo en Salud Pública Colectiva y de la Educación en Salud en Brasil, que busca comprender sus especificidades e implicaciones en la praxis fonoaudiológica. Favorece la reflexión sobre el carácter higienista de las acciones educativas en salud y muestra que, tradicionalmente, las acciones de “higiene vocal” y «salud vocal» se estructuran en fundamentos higienistas que se contraponen a los actuales presupuestos de la Promoción de la Salud. El estudio contribuye para repensar la educación en salud en sus diversas áreas e indica la necesidad de redireccionar la práctica fonoaudiológica en Salud Pública y buscar una terminología, en especial en voz, que resulte coherente con la construcción de procesos educativos basados en los presupuestos de la Promoción de la Salud.*

**Palabras clave:** *promoción de la salud; salud pública; educación en salud; fonoaudiología; voz.*

### Introdução

A literatura especializada, tradicionalmente, aborda a *práxis* em saúde vocal com enfoque voltado ao tratamento de sujeitos com alterações vocais. A partir dos anos de 1990, os profissionais da voz falada e/ou cantada passam a merecer maior atenção fonoaudiológica, ampliando-se o foco para a prevenção e o aprimoramento vocais.

O desenvolvimento dos estudos na área de voz, a par do expressivo avanço da Fonoaudiologia em Saúde Pública, impulsionou as investidas para a necessária revisão de paradigmas (Andrada, Silva, 1999; Dragone, 2001; Chun, 2002; Penteado, 2003a) e a busca de uma *práxis* com foco na Promoção da Saúde, conforme estabelecido nas últimas Conferências Mundiais de Saúde (Buss, 2000; Carvalho, Bodstein, Hartz, 2004; Westphal, 2004). Também levou à conquista, na agenda nacional, de espaço para realização e discussão de ações de prevenção de alterações vocais (Grillo, Lima, Ferreira, 2000; Ferreira et al., 2003) e promoção da saúde, como as Campanhas do Dia da Voz (Penteado, Giannini, Costa, 2002; Penteado, 2003b) e, na legislação, à construção de projetos de lei que garan-

tam ações voltadas à Saúde Vocal do Professor, como o proposto pela Deputada Lúcia Prandi (Santos, SP).

Apesar dos avanços, no entanto, ainda são incipientes os estudos que se referenciam pela perspectiva da Promoção da Saúde. Na atenção à saúde em voz, observam-se ações educativas sob as denominações “higiene vocal” (Behlau e Pontes, 1999) e “saúde vocal” (Andrada, Silva, 1998; Chun, 2002; Ferreira, Andrada, Silva, 2002; Penteado, 2003a) com forte predomínio da primeira. Entretanto, nota-se que, na maioria das vezes, assentam-se sobre os mesmos referenciais, ou seja, em bases de caráter higienista. O ponto central, como afirmam Andrada e Silva (1998), não se resume à simples substituição do termo “higiene” por “saúde”, mas sinaliza a necessária reflexão acerca das práticas educativas em saúde, já que a opção por uma ou por outra denominação implica mudanças de referenciais, enfoques e concepções que fundamentam a ação em saúde e a *práxis* fonoaudiológica.

Para o aprofundamento dessa temática, faz-se necessário resgatar, ainda que brevemente, aspectos históricos da Saúde Pública/Coletiva, que fornecem subsídios acerca das concepções subjacentes à edu-

cação em saúde ao longo da história e possibilitam melhor compreender o enfoque higienista e suas implicações práticas nas ações educativas desenvolvidas pelos profissionais da saúde na atualidade. Nesse sentido, este artigo favorece a reflexão sobre o caráter higienista das ações em voz, traço fortemente marcado nas ações educativas em saúde em geral e não só na Fonoaudiologia.

No campo fonoaudiológico, pode contribuir para uma revisão das ações educativas em saúde, com aplicação ampla nas práticas em saúde pública/coletiva, sejam elas de caráter clínico ou preventivo-comunitário em voz profissional, sejam decorrentes de Campanhas Nacionais da Voz ou outras ações voltadas para a Promoção da Saúde em desenvolvimento por todo o país, como as propostas de Saúde Vocal do Professor. Busca-se compreender, na historicidade das ações educativas em saúde, os objetivos e contextos que levaram à definição desse estado de coisas, no sentido de propor uma mudança de paradigma, particularmente na área de voz, coerente com o ideário da Promoção da Saúde (McQueen, 2000; Mello, 2000; Souza, Grundy, 2004).

Neste sentido, o objetivo deste artigo é discutir “higiene vocal” e “saúde vocal”, buscando identificar as concepções subjacentes a essas expressões no campo da Saúde pública/coletiva, a fim de contribuir para o avanço qualitativo das pesquisas e da *práxis* fonoaudiológica na área de voz, especialmente aquelas com focos educativo e preventivo-comunitário, orientadas pelos pressupostos da Promoção da Saúde. Para tanto, focalizam-se alguns aspectos históricos, sociais e culturais das ações educativas em saúde pública/coletiva, que contextualizaram o movimento higienista e a Educação em Saúde no Brasil. A partir dessa discussão inicial, a reflexão é direcionada para o campo da Fonoaudiologia em Saúde Pública, particularmente orientada para a área de voz/saúde vocal.

### **Pressupostos e concepções implicados no Higienismo ao longo da história**

É interessante observar, na História, como o conceito de *higiene*, entendido como preocupação relacionada ao processo saúde-doença de coletividades, comporta concepções de sujeito, educação e de saúde que se desenvolvem vinculadas ao desenrolar das tensões existentes nas relações de po-

der entre as classes sociais. O *higienismo* desenvolve-se em meio às tensões dos jogos de interesses econômicos e produtivos, à dominação das classes hegemônicas e às diferenças culturais e de identidade dos vários segmentos sociais e dos seus modos característicos de apropriação da cultura e de sensibilidades, os quais refletem as maneiras de os homens compreenderem o mundo e de nele se posicionarem.

Desde a Grécia Antiga, o conceito de “higiene” ou “higiênico” deriva das crenças e práticas no âmbito coletivo, quando o antagonismo evidenciado entre as duas filhas do deus Asclépio – Panacéia e Higéia – caracteriza Panacéia como padroeira da medicina curativa e da prática terapêutica sobre indivíduos doentes e relaciona Higéia às práticas que consideram a saúde como resultante da harmonia entre homens e ambiente e decorrente de ações preventivas. O conceito de higiene, nesse contexto, estava relacionado às questões de religiosidade, uma vez que as práticas religiosas valem-se das crenças e rituais de limpeza, de purificação e de valorização de condutas morais e hábitos de vida determinados, tendo em vista a preparação das pessoas para se apresentarem aos deuses (Rosen, 1994).

Na Grécia, especialmente, as questões de higiene mereceram muita atenção por parte da aristocracia, o único segmento social que conseguia seguir as normas preconizadas para o ideal de vida higiênica daquela sociedade, as quais implicavam um equilíbrio entre nutrição, excreção, exercício e descanso. Em Roma, o apreço pela higiene particular e pública se expressa nos banhos públicos e nos sistemas de saneamento, sendo consideradas práticas anti-higiênicas comer e beber demais.

Durante a Idade Média, os problemas de falta de planejamento das cidades e as doenças da vida urbana levaram as elites e a Igreja a juntar esforços para criar um sistema racional de higiene pública para lidar com os problemas sanitários, criar hospitais e oferecer cuidados médicos à população por meio de ações que enfrentavam as dificuldades de uma cultura e de um mundo místico, amalgamado, fundido, misturado, sem dicotomias (Rodrigues, 2001). Naquele contexto, a preocupação fundamental dos urbanistas e higienistas era “apartar”, “separar”, “classificar”, “organizar” e banir as imunidades, valendo-se de uma mentalidade de fragmentação entre campo e cidade, rural e urbano. Isso contribuiu para que as elites da sociedade desen-

volvessem uma representação pejorativa dos segmentos populares e começassem a tratar os camponeses como ignorantes, viciosos, perigosos, sujos – enfim, formando um contraponto para as elites.

A partir do século XVII, o termo “limpo” adquire conotações morais, significando também distinção, elegância, ordem e disciplina – valores que permanecerão nos discursos de diversos segmentos sociais ainda por muito tempo e relacionados à higiene, à alimentação, à abstinência, à ordem e às regras do bem viver e da vida comportada. A fim de manter a vida regrada e ordenada a partir de determinadas normas de conduta, instaura-se uma política social de coerções, que implica um trabalho sobre o corpo e uma manipulação calculada dos seus elementos, gestos e comportamentos, de forma que o corpo humano é colocado numa maquinaria de poder que o esquadriña, o desarticula e o recompõe (Foucault, 1995).

No decorrer dos séculos XVII e XVIII, os processos de disciplinamento tornaram-se fórmulas gerais de racionalização, regulação e dominação social (Foucault, 1995; Rodrigues, 2001). Tais processos visavam o controle minucioso das operações do corpo no trabalho e fora dele, num processo que primava pela obediência, docilidade e utilidade e mantinha as forças do corpo humano a serviço da economia. Não somente os segmentos sociais, mas também vidas e corpos são apartados, parcelados e detalhados minuciosamente em gestos, ações, movimentos e posturas a serem regulados, regulamentados, inspecionados e controlados. Cria-se um conjunto de descrições, receitas, técnicas e exercícios para favorecer o controle e o adiestramento, a utilização programada dos corpos humanos, sob a idéia de que um corpo disciplinado é a base de um gesto eficiente. Nesse processo, as pessoas são tomadas como objetos; seus gestos globais são decompostos e seu corpo é decodificado para o exercício da disciplina, que conta com o olhar hierárquico que vigia, da sanção que normaliza e do exame que permite avaliar, qualificar e classificar comportamentos e desempenhos a partir de valores opostos do bem e do mal e também punir e castigar a demarcação de desvios e a inobservância do que está inadequado ou desviado da regra.

No final do século XIX, as instituições e práticas de educação passam a representar o lugar de referência para o disciplinamento e para a preparação dos indivíduos para a vida cotidiana, conduzidos conforme ideais e regras de ordem, moral, de-

cência e razão. Assim, é que, por meio de práticas educativas, o corpo e suas formas de expressão, a vida pública e privada e o conjunto das atividades e condutas a elas relacionadas, mantêm-se aprisionados no interior de poderes que lhes impõem limitações, proibições e obrigações. Em algumas culturas isso ocorre de maneira mais explícita, como na Alemanha, onde, a fim de controlar a saúde do escolar, é criada a polícia médica nas escolas.

Na gênese da higiene e educação em saúde encontra-se a esperança de uma revolução da moralidade social, concretizada em ações fundamentadas em uma concepção de educação de base cognitivista e baseada na difusão da informação/conhecimento – como se o simples fato de explicar, ensinar e demonstrar a maneira de mudar fosse suficiente para que as transformações ocorressem (Rosen, 1994).

A partir do século XX, a higiene vai se transformando em disciplina nos campos da medicina e das políticas públicas e torna-se um tipo de policiamento sanitário que incorpora a lógica militar na linguagem, no planejamento e na forma de realizar as práticas de saúde.

O discurso e a prática higienista servem como “disfarces” para sustentar o preconceito, o distanciamento e o nojo que as elites passam a nutrir em relação aos segmentos populares, aos pobres e aos trabalhadores – todos responsabilizados e culpados pela precariedade das suas condições de vida e pelas doenças que possuem, acusados de serem portadores de morbidez e transmissores de epidemias. As ações higienistas envolvem campanhas para a defesa e o combate e ataque radical contra as doenças e os seus agentes causadores, considerados como terríveis inimigos. Encontra-se no alvo do combate tudo o que diz respeito às inadequadas condições e estilos de vida da população, desvalorizada e desqualificada como ignorante, desinformada, suja, desordenada, descontrolada, negligente, promíscua, desinteressada, desmotivada e incapaz de tomar iniciativas (Rosen, 1994; Rodrigues, 2001; Vasconcelos, 2001).

### **Ações educativas em Saúde no Brasil – Do Higienismo à Promoção da Saúde**

No Brasil, nos anos de 1920, a lógica do policiamento sanitário, os valores e os preconceitos imbuídos nas práticas higienistas e a forma de com-

preender o processo saúde-doença da população se davam de maneira desvinculada das questões sociais, culturais e das políticas públicas e eram relacionadas somente às iniciativas e responsabilidades individuais.

Sob uma economia de base agroexportadora, a polícia sanitária brasileira, liderada por Oswaldo Cruz, realizava o controle higiênico por meio de práticas autoritárias que, dentre outras coisas, determinavam a vacinação compulsória e estabeleciam a vigilância das atitudes e moralidades e exames médicos de pobres e imigrantes e normatizavam a arquitetura dos portos e espaços urbanos, confinando doentes. Os valores e preconceitos investidos contra os pobres, imigrantes e trabalhadores do campo eram imbuídos da preocupação com a saúde pública e manifestavam-se, na sociedade, nas mais variadas formas de expressão cultural. A literatura nacional brasileira, por exemplo, evidenciava, por meio do personagem Jeca Tatu (um roceiro, pobre, ignorante, indolente e preguiçoso criado pelo escritor Monteiro Lobato, em 1914), a confirmação dos valores depreciativos que são agregados e atribuídos à população pobre e rural, bem como a confirmação da idéia de que o processo saúde-doença do sujeito é consequência da sua ignorância, da sua incompetência no autocuidado e da sua falta de conhecimento e de iniciativa; perspectiva esta que começa a mudar por volta dos anos de 1920, quando Lobato amplia sua compreensão da realidade do homem do campo na consideração do abandono das políticas públicas nacionais a que ele está sujeito e cria, em 1924, o personagem Jeca Tatuzinho, um menino caipira que ensinava às crianças noções de higiene e saúde em almanaques distribuídos nas farmácias do interior.

Apesar do avanço na compreensão da relação entre saúde, condições de vida e políticas públicas, a característica da ação educativa em saúde permanece focada na difusão da informação e do conhecimento.

Durante os anos de 1920 e 1930, as escolas eram consideradas lugar privilegiado para o tratamento dos problemas nacionais e a reorganização da sociedade. Desta maneira, introduziu-se, nas escolas, a educação sanitária ou educação em saúde, inicialmente chamada Higiene Escolar, depois denominada Saúde Escolar e, posteriormente, Medicina Escolar. As práticas de educação em saúde calcavam-se no modelo alemão de polícia médica, que envolvia ações higienistas de pressupostos eu-

gênicos, num processo de pedagogização da saúde e medicalização da educação que não escondia sua face conivente com um processo de exclusão social. A ênfase das ações recaía sobre a inspeção do corpo físico e realização de exames em massa, avaliando, classificando e diagnosticando sujeitos e normatizando, controlando e vigiando seus comportamentos (Rosen, 1994).

Nesse aspecto, vale lembrar que, nos seus primórdios, a Fonoaudiologia participou dessas ações de Saúde Escolar, contribuindo para a política nacional de organização da sociedade por meio de ações sistemáticas de classificação, controle, normatização, padronização e homogeneização da língua que tinham como alvo os imigrantes e suas variações dialetais, num combate ao estrangeirismo e aos regionalismos brasileiros.

As ações educativas em saúde, de base higienista, no Brasil, são marcadas por perspectivas preconceituosas, hierárquicas, individualistas e autoritárias, de foco cognitivista e comportamental. Afirmam uma relação entre conhecimento, saber e poder das elites exercidos sobre as classes populares e trabalhadoras por meio da difusão de informação/conhecimentos de um saber técnico/científico hegemônico a ser incorporado e aplicado pelos indivíduos impondo, disciplinando, normatizando e mudando os hábitos, comportamentos e estilos de vida dos segmentos populares em função das referências culturais e dos valores das classes socialmente mais favorecidas. Privilegiam a cultura representativa dos grupos sociais dominantes, oprimindo e desvalorizando a cultura étnica, popular, regional e de determinados grupos sociais, com ênfase na responsabilidade individual na construção da saúde, ou seja, na importância das iniciativas e esforços das pessoas em seguir as normas corretas de estilos de vida e em adotar certos hábitos que evitem os riscos sobre os quais são advertidas. Assim, a educação em saúde brasileira, de caráter higienista, desconsiderava opções, desejos, necessidades, crenças, culturas, valores, enfim, a subjetividade e as condições de vida de sujeitos e comunidades que sofriam a interferência de processos políticos, sociais, culturais, educacionais e históricos (Rodrigues, 2001; Vasconcelos, 2001).

A partir dos anos de 1930, diversos movimentos artísticos e culturais nacionais começaram a representar e dar visibilidade às precárias condições de vida e ao abandono a que muitos brasileiros estavam submetidos, seja no interior dos esta-



dos seja em determinadas regiões do país. Isso pôde ser observado na pintura, na música, no teatro, no cinema e na literatura, abrindo espaços para que olhares mais atentos e sensíveis começassem a compreender as pessoas e seu processo saúde-doença-cuidado relacionado às experiências e condições de vida.

A partir das décadas de 1960 e 1970, educadores como Paulo Freire começaram a questionar os processos educativos normativos e descontextualizados da realidade vivida pelos sujeitos, propondo abordagens dialógicas que consideravam o indivíduo como sujeito social, cultural e histórico, que valorizavam a subjetividade e a cultura popular e que favoreciam a reflexão e ação transformadora sobre a realidade. Diversos movimentos sociais nacionais e autores internacionais apropriaram-se dos valores propostos por Paulo Freire em ações comunitárias de educação e saúde.

Na década de 1980, vislumbra-se a necessidade de buscar estratégias para compreender e enfrentar os problemas de saúde a partir da complexidade que eles inserem e das suas relações com as condições de vida da população.

Uma série de mudanças significativas começa a ocorrer no cenário das políticas públicas de saúde mundiais, com reflexos na nova política de saúde brasileira (SUS) e na reorientação dos serviços e das ações educativas em saúde, com respeito às peculiaridades culturais e apoio às necessidades individuais e comunitárias, tendo como referência o paradigma da saúde e sua promoção. A educação em saúde passa a ser vista como uma forma de promover o desenvolvimento humano como um todo, e integrado ao seu contexto e ambiente, que determinam as suas condições de existência. Assim, entende-se que as informações e técnicas, por si sós, não dão conta de mudar as condições da saúde e vida humana; e que as ações educativas em saúde devem promover suporte social, informação e o desenvolvimento de habilidades, no sentido de permitir aos sujeitos a livre tomada de decisão e a escolha de alternativas, no respeito às individualidades e às circunstâncias de vida.

Nota-se a demanda crescente e imperiosa de uma nova concepção de saúde que pudesse responder à complexidade dos problemas de saúde da atualidade de outra maneira que não o enfoque preventivista, que vincula as doenças a determinados agentes causadores num contexto exclusivamente biológico e individual, mas sim sob perspectivas

abrangentes de Promoção da Saúde, que os relacionem às condições e modos de vida incluindo a informação, a educação e a comunicação de massa (Penteado, Servilha, 2004).

Nos anos 1990, as propostas de Promoção da Saúde e formação de ambientes saudáveis são concretizadas por meio de iniciativas como Cidades Saudáveis e Escolas Promotoras de Saúde (Westphal, 2000; Leger, 2001; Akerman, 2002; Penteado, 2002; Aerts, Alves, La Salvia, 2004), que implicam revisão de conceitos, de recursos, de estratégias de ação e envolvimento de novos atores sociais. Educação e Promoção da Saúde passam, então, a ser entendidas como processos dinâmicos participativos, dialógicos, problematizadores e transformadores que envolvam toda a sociedade na formulação de políticas públicas e no desenvolvimento de ações que se traduzam em recursos para as pessoas enfrentarem e responderem aos desafios da vida, na formação de ambientes dignos e saudáveis e no desenvolvimento integral, fortalecimento e capacitação da população para o controle da sua saúde e ação sobre os seus determinantes, no sentido da equidade e melhoria da qualidade de vida (Bicudo-Pereira, Penteado, Marcelo, 2000).

Resquícios da abordagem higienista encontram-se presentes até hoje nas ações educativas em saúde e nas campanhas sanitárias. Estas últimas, muitas vezes, abordam os problemas de maneira isolada e se restringem à difusão da informação sem estabelecer relações com as condições de vida, aspectos culturais, históricos e políticas públicas. Nas ações educativas, permanecem as posturas e relações autoritárias dos profissionais da saúde e educação para com os usuários desses serviços; a primazia do repasse unilateral de informações, de maneira individual e as ações normatizadoras e controladoras dos hábitos, comportamentos e condutas a serem seguidas de maneira descontextualizada das condições de vida de sujeitos e comunidades; a desconsideração dos aspectos das condições de vida, do saber, dos valores, da cultura popular e da subjetividade remete os indivíduos à responsabilidade pelo risco de adoecer e intensifica seus sentimentos de frustração e angústia por não conseguirem cumprir as determinações da maneira como elas lhes são apresentadas.



## Implicações da educação em Saúde para a práxis fonoaudiológica em voz – higiene vocal ou saúde vocal?

No final da década de 1980 e início de 1990, há um aumento considerável da inserção de profissionais de Fonoaudiologia na Saúde Pública, a exemplo de outras áreas da saúde, que buscam reorganizar seus serviços, até então direcionados à prática clínica individual em ambulatórios, consultórios e clínicas, e desenvolver novas formas de atuação, de modo a contemplar as necessidades dos serviços públicos, em especial no campo da prevenção e Promoção da Saúde, pública e coletiva. No eixo preventivo-comunitário da Fonoaudiologia, observa-se um investimento maior em pesquisas e em ações educativas, embora, muitas vezes, pautadas em pressupostos higienistas.

Nota-se, nas produções teóricas e nos relatos de experiências, em especial na área de voz/voz profissional, que as ações educativas fonoaudiológicas de “higiene vocal” e de “saúde vocal”, de maneira geral, evidenciam características de base higienista. Embora os profissionais se mostrem dispostos a assumir a perspectiva da Promoção da Saúde, a práxis dessa área permanece calcada nos fundamentos higienistas.

Seguem, como ponto de reflexão, alguns exemplos de enfoques e práticas fonoaudiológicas que podem ser identificadas como baseadas em pressupostos higienistas e que se encontram sob as denominações “higiene vocal”, “saúde vocal” e também, a chamada “promoção da saúde vocal”:

- as investidas fonoaudiológicas em atenuar e eliminar sotaques e regionalismos e marcas culturais na busca de modelos idealizados, homogeneizados e padronizados a partir da referência elitista, hegemônica e da norma culta;
- os trabalhos que não escondem uma concepção idealizada de saúde, que levam os sujeitos a buscar, insistentemente, uma produção vocal ideal, a voz “educada”, “impostada” e “bem colocada” que mantenha sempre suas melhores características, de maneira invariável e permanente;
- a ênfase educativa na anátomo-fisiologia da fonação, na racionalização e no autocontrole da produção vocal e na realização de exercícios, que faz recair sobre o indivíduo a gênese e a responsabilidade sobre o seu processo saúde-doença vocal e que comumente desconsidera ou subes-

tima os processos subjetivos, sociais, culturais, políticos e históricos dos sujeitos, comunidades e da sociedade;

- as práticas prescritivas e normatizadoras de hábitos e condutas vocais saudáveis e de estilos de vida “corretos” que classificam e apresentam diversos fatores e aspectos da vida cotidiana como “bons” ou “maus” para a voz, como “amigos” e/ou “inimigos” da saúde vocal, desconsiderando a dinâmica da vida e as oportunidades ou possibilidades de escolha dos sujeitos;
- a tendência a analisar e trabalhar a voz sob uma perspectiva reducionista e apartada dos contextos sociais cotidianos em que se dá a sua produção;
- a tendência de fragmentar e reduzir a voz a componentes e características passíveis de serem regulados, controlados e disciplinados (por exemplo: a postura corporal, o *pitch*, a *loudness* ou o foco ressonantal), muitas vezes em detrimento de uma perspectiva que leve em conta a integridade, o dinamismo e complexidade da produção vocal e a relação com os contextos interativos;
- a ênfase das metodologias educativas nas estratégias de informação repassadas individualmente e no predomínio de dados e linguagem representantes do saber técnico-científico, em detrimento do trabalho com grupos que considere o saber popular e que se apóie na concepção de educação democrática, participante, problematizadora e transformadora;
- as relações entre conhecimento técnico/científico e poder, que, pelas ações educativas que demarcam papéis e lugares sociais, colocando o profissional da saúde na condição de quem sabe e age e a população/clientela dos serviços como ignorante, passiva e dependente das ações realizadas pelo profissional, só fazem afirmar as desigualdades e impedir o desenvolvimento de processos emancipatórios;
- a tendência a focalizar e limitar as ações ao controle de riscos específicos que reafirmam a responsabilidade individual e o processo de culpabilização dos sujeitos, enquanto são negligenciadas as possibilidades de realização de ações mais abrangentes no sentido de envolver outros setores da sociedade em projetos mais amplos voltados à qualidade de vida.

Tais práticas, assim desenvolvidas, concorrem para o escamoteamento das reais necessidades de



saúde da população e se distanciam da possibilidade de corresponder às necessidades de um processo educativo condizente com a proposta de Promoção da Saúde. Há, portanto, que se buscar outros referenciais que respondam a esses novos desafios em Saúde.

Neste trabalho, entendem-se como possibilidades para a Promoção da Saúde as ações amplas, integrais e intersetoriais, direcionadas a indivíduos, grupos de sujeitos, comunidades e seu entorno, cujo enfoque seja orientado pelas concepções de sujeito social e de valorização do saber e da cultura popular, de processo saúde-doença-cuidado relacionado à historicidade, cultura e condições de vida das comunidades e às subjetividades das pessoas e de educação como um processo democrático, participativo, dialógico, problematizador e transformador.

É preciso desenvolver uma cultura da práxis em saúde pública/coletiva, na qual as ações educativas em saúde sejam fomentadoras de reflexões que re-alimentem a prática, redimensionando-a. Esse movimento se faz necessário não só na Fonoaudiologia como também em outras áreas da saúde.

### Considerações finais

Da forma como vêm sendo realizadas, as ações educativas sob a denominação “higiene vocal” e, em alguns casos, “saúde vocal” e “promoção da saúde”, estruturam-se sobre fundamentos higienistas, o que permite considerar tais ações dissonantes com os pressupostos da Promoção da Saúde.

Assumir a perspectiva da Promoção da Saúde implica desvencilhar-se dos pressupostos higienistas e rever as concepções subjacentes às ações educativas em saúde vocal que poderão resultar em uma transformação significativa dessas práticas.

Há que se avançar no aprofundamento das reflexões teóricas e discussões acerca das concepções que orientam e determinam a ação fonoaudiológica, especialmente nesse campo, que pode resultar em uma revisão do uso do termo “*higiene vocal*”, destacando-se que as implicações vão muito além de uma substituição terminológica, pois envolvem a articulação de esforços junto a sujeitos e comunidades na construção de caminhos sólidos para a Promoção da Saúde.

### Referências

- Aerts D, Alves GG, La Salvia MW. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(4):1020-8.
- Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev Saúde Públ* 2002;36(5):638-46.
- Andrada e Silva MA. Voz profissional: novas perspectivas de atuação. *Disturb Comun* 1999;10(2):177-92.
- Andrada e Silva MA. Saúde vocal. In: Pinho, SMR. Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998. p.119-25.
- Behlau M, Pontes P. Higiene vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
- Bicudo-Pereira IMT, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *Mundo Saúde* 2000;24(1):39-44.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ci Saúde Col* 2000;5(1):163-77.
- Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Ci Saúde Col* 2004;9(3):521-9.
- Chun RYS. Voz profissional: repensando conceitos e práticas na promoção da saúde vocal. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA. Saúde vocal: práticas fonoaudiológicas. São Paulo: Roca; 2002. p.19-31.
- Dragone MLS. Novos caminhos para os estudos sobre a voz do professor. *Fonoaudiol Bras* 2001;1(1):43-50.
- Ferreira LP, Andrada e Silva MA. Saúde vocal: práticas fonoaudiológicas. São Paulo: Roca; 2002.
- Ferreira LP, Giannini S, Figueira S, Silva EE, Karmann DF, Souza TMT. Condições de produção vocal de professores da Prefeitura do Município de São Paulo. *Distúrb Comun* 2003;14(2):275-307.
- Foucault M. Vigiar e punir. 12.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
- Grillo MHMM, Lima EF, Ferreira LP. A questão ensino-aprendizagem num trabalho profilático de aperfeiçoamento vocal com professores. *Pró-fono* 2000;12(2):73-80.
- Leger LS. Schools, health and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Internation* 2001;16(2):197-205.
- McQueen DV. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promot Internation* 2000;15(2):95-7.
- Mello DA. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cad Saúde Públ* 2000;16(4):1149-51.
- Penteado RZ. Escolas promotoras de saúde: implicações para a ação fonoaudiológica. *Fonoaudiol Bras* 2002;2(1):28-37.
- Penteado RZ. Aspectos de qualidade de vida e de subjetividade na promoção da saúde vocal do professor [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003a.
- Penteado RZ. Folders das campanhas nacionais da voz: análise dos aspectos de apresentação, conteúdo e linguagem. *Distúrb Comun* 2003b;14(2):319-50.
- Penteado RZ, Giannini SPP, Costa BCG. A campanha da voz em dois jornais brasileiros de grande circulação. *Saúde Soc* 2002;11(2):49-64.
- Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrb Comun* 2004;16(1):107-16.
- Rodrigues JC. O corpo na história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.





Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.

Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Públ 2004;20(5):1354-60.

Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.

Westphal MF. O movimento de cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ci Saúde Col 2000;5(1):39-51.

Westphal MF. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. Dilemas da avaliação em promoção da saúde: como orientar a produção científica brasileira?. Ci Saúde Col 2004;9(3):534-6.

**Recebido em novembro/04; aprovado em fevereiro/05.**

**Endereço para correspondência**

Regina Zanella Penteadó  
Avenida 41, n. 209, ap. 62, CJ, Rio Claro (SP),  
CEP 13501-190

**E-mail:** [rzpenteadó@unimep.br](mailto:rzpenteadó@unimep.br)

