

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALEXANDRA IGLESIAS

**EM NOME DA PROMOÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DAS AÇÕES DE
MACRORREGIÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA
2009

ALEXANDRA IGLESIAS

**EM NOME DA PROMOÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DAS AÇÕES DE
MACRORREGIÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.
Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello Araújo

VITÓRIA
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

I24e Iglesias, Alexandra, 1981-
Em nome da promoção à saúde : análise das ações de
macrorregião do município de Vitória-ES / Alexandra Iglesias. –
2009.
194 f. : il.

Orientador: Maristela Dalbello Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Promoção da saúde. 2. Família - Saúde e higiene. I. Araújo,
Maristela Dalbello. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

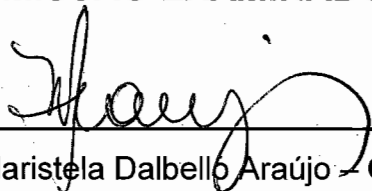
CDU: 614

ALEXANDRA IGLESIAS

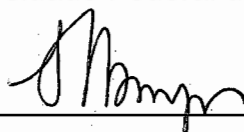
**EM NOME DA PROMOÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DAS AÇÕES DE
MACRORREGIÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação de Mestrado: Submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós -
Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

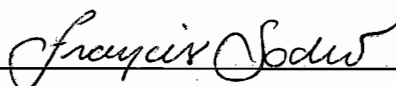
COMISSÃO EXAMINADORA



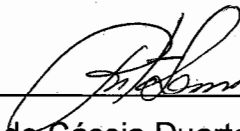
Profª Drª Maristela Dalbello Araújo – **Orientadora**
Universidade Federal do Espírito Santo



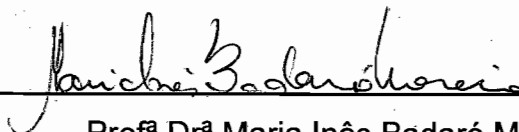
Profº Drº Luis Henrique Borges – **1º Examinador**
Universidade Federal do Espírito Santo



Profª Drª Francis Sodré – **2º Examinador**
EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória



Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima – **1º Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo



Profª Drª Maria Inês Badaró Moreira – **2º Suplente**
Universidade Federal de São Paulo

Este estudo está inserido na **Área de Concentração – Política e Gestão em Saúde, linha de Pesquisa Políticas Públicas e Sistemas de Saúde** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Ao meu grande amor, Vitor, que
abraçou esse meu sonho
como se fosse seu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todos que de uma forma ou de outra estiveram presentes nessa jornada.

O meu muito obrigada à minha família linda, que sempre acredita em mim e dedica também suas vidas aos meus sonhos. Ao Vitor que esteve ao meu lado todo o tempo, entendendo as ausências, lendo e discutindo cada idéia trazida por esse trabalho e me transmitindo seu amor incondicional. Meu paizinho querido que sempre me transmite a força na certeza de que eu posso conseguir tudo que desejo, independente das limitações e dificuldades. À minha mãezinha agradeço pelo colo, pelas palavras sempre muito sábias, com as quais consegue me mostrar sempre o outro lado da vida. À Cris, irmã dedicada e companheira, obrigada pela paz e pelo ânimo transmitido por suas mãos através também da acupuntura, tenho certeza que não teria chegado até aqui sem todo esse carinho. Ao Willian e à Jojô, que mesmo sempre muito avoados, conseguem compartilhar a alegria dos momentos em que estão presente. Ao Rodrigo, amigo de alma e cunhado, que no seu silêncio nas sextas-feiras, no fazer rir quando, por exemplo, queria discutir comigo “as bases microfísicas do poder”, esteve comigo nessa trajetória. À Néia, Paulo Afonso e Marina, obrigada pelo carinho.

Aos colegas de trabalho, em especial à Fernanda Rachel, amiga e companheira; à Fernanda Ruy, pela sua disponibilidade; e à Nicéia, que além da força, soube entender minhas ausências.

Às minhas amigas, Roberta, Pri, Alinne e Rachel, que ouviram meus desabafos, que me acolheram nas horas mais difíceis. Amo vocês.

Ao grupo de estudo, Josélia, Bárbara, Bruninha, Keli, Helaynne, Elzimar, agradeço pelas discussões, inquietações e pelas trocas freqüentes. Em especial à Maristela, pelo constante aprendizado, exímia orientação e pelo carinho.

E ao Drº Márcio, sempre, por me manter enxergando a beleza da vida e das palavras.

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez”.
(autor desconhecido)

RESUMO

IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES.** Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009, 194 p.

Esta pesquisa se propôs descrever quais são as ações tidas como de Promoção à Saúde que se desenvolvem nas Unidades de Saúde circunscritas à macrorregião de Maruípe, no município de Vitória-ES, verificar as concepções que as embasam e as dificuldades para sua realização. Além disso, desenvolve análise das atividades que são realizadas em nome da Promoção à Saúde, especificamente em uma US dessa macrorregião. Examina particularmente as relações que se estabelecem entre usuários e os profissionais responsáveis por estas ações. Avalia em que momentos as práticas de Promoção à Saúde alcançam uma potencialização da autonomia dos sujeitos e aponta aqueles que contribuem para a subjugação aos saberes especialistas, negando a palavra ao outro, desconsiderando seu saber, ou desqualificando os modos de vida exercidos pelos usuários. As concepções de Promoção à Saúde são várias, e incluem tanto atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focalizadas na mudança dos estilos de vida, quanto àquelas que abrangem atividades voltadas para o coletivo e o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, daí a relevância de considerar, no cotidiano dos serviços, como acontecem tais atividades. Para cumprir os objetivos, foram realizadas cinco entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado com os profissionais de saúde e duas entrevistas coletivas com os usuários participantes das ações. O trabalho de campo consistiu no acompanhamento do cotidiano do serviço durante os meses de julho a outubro de 2008, resultando em aproximadamente 130 horas de observação de atividades específicas. São analisadas seis modalidades diferentes de ação tidas como de Promoção à Saúde: Atividade Física, Grupo “Futuro do amanhã: corpo em movimento”, Fitoterapia, “Bolsa Família”, Ação Anti-Tabagismo e o “HIPERDIA”. Constata que existe uma indistinção entre aquilo que se considera ação de Prevenção de Doenças e aquelas que se configuram como sendo de Promoção à Saúde. Avalia que as possibilidades de construção de espaços coletivos de troca que contribuam para a edificação de outros modos de estar no mundo e para o fortalecimento das lutas por melhores condições de vida e saúde estão virtualmente presentes. Há grande esforço por parte dos profissionais para a realização das ações coletivas de Promoção à Saúde, porém as dificuldades e os entraves são inúmeros, o que faz com que tais ações estejam por vezes esvaziadas de usuários e outras carentes de sentido, tanto para quem faz quanto para quem participa. Ressalta que há grande verticalização na eleição das ações que são realizadas pela US, visto que é o poder de indução do MS e da SEMUS que elegem as prioridades, o que faz com que as ações sejam realizadas sem planejamento ou avaliação por parte dos profissionais envolvidos. As relações que se estabelecem entre os usuários e profissionais são predominantemente verticalizadas, com pouco espaço para falas proporcionado por estes últimos ou estímulo às trocas entre eles. Prima-se por orientações e prescrições de condutas tidas como saudáveis e pela insistência na necessidade de mudança nos estilos de vida, mesmo que os usuários resistam, seja faltando aos encontros ou afirmando que, ao final, fazem “tudo do jeito deles”.

Palavras-chave: Promoção à Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

IGLESIAS, A. **In the name of Health Promotion: an analysis of the actions in the area of Vitória, ES.** Collective Health master dissertation – Collective Health post-graduation program, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2009, 194 p.

This research proposes to describe which ones of the actions classified as Health Promotion are developed in the Health Unities circumscribed in “Maruípe” area, in the city of Vitória-ES, to verify the conceptions used as its base and the difficulties to its accomplishment. This research also develops an analysis of the activities made in the name of Health Promotion, specifically at one Health Unity of that area, and examines, specifically, the relations established between users and professionals who conduct the actions. It presents a valuation of the moments where the practices of Health Promotion reaches the potencialization of the subject's autonomy and points those moments that contributes to the experts' knowledge domination, denying the word to others, slighting their knowledges or disqualifying the user's way of life. There are several conceptions of Health Promotion, and they include such the activities pointed to the modifications of the individual behavior, focused on the life style changes, as well as the activities directed to the collectivity and physical, social, political, economical and cultural environment, showing the relevance to consider, during the work's routine, how these activities happen. To accomplish the goals, individual interviews were made to five health professionals, with the use of semi-structured scripts, and two group interviews with users of the actions. The field work happened during the work's routine, from July to October 2008, resulting in nearly 130 hours of specific activities observations. six different kinds of actions classified as Health Promotion were analyzed: Atividade Física (physical activity), Grupo “Futuro do Amanhã: corpo em movimento” (Tomorrow's Future: body in movement” Group), Fitoterapia (Fitoterapy), “Bolsa Família” (Family Stipend), Ação Anti-Tabagismo (anti-tobacco action) and “HIPERDIA” (actions against arterial hypertension and diabetes mellitus). It concludes for the existence of similarities between what is considered Disease Prevention actions and those actions known as Health Promotion. It values the virtual presence of the construction of collective spaces of exchange, which contributes to edify other ways of being in the world, and to fortify fights for a better life and health conditions. There are big efforts by professionals to the realization of Health Promotion collective actions, although there are several difficulties and obstacles, which causes the frequent absence of users or the existence of purposeless actions, not only from those who organizes it, but also from those who participates. It brings to attention the considerable verticalization of the choices of which actions will be made by the Health Unity, since the priorities are elected by the Health Ministry and Municipal Secretary's power of induction, which creates actions with no planning or valuation by the involved professionals. The relationship between users and professionals are predominantly verticalized, with little space to the user's speech and to the exchanges between them. It valorizes orientations and prescriptions of behaviors classified as healthier, and insists on the need of changing one's life styles, no matter the constant resistance by the users, such as not going to meetings, or asseverating that, in the end, they “make their own way”.

Keywords: Health Promotion; Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BF – Bolsa Família
CAJUN – Caminhando Juntos
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial transtorno
EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia da Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
GFDS – Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGD – Índice de Gestão Descentralizada do Bolsa Família
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPGASC – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PMPS – Política Municipal de Promoção da Saúde
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PROMOÇÃO À SAÚDE - ASPECTOS HISTÓRICOS E DEFINIÇÕES	20
3 DISTINÇÕES CONCEITUAIS: PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	35
4 AS CONCEPÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL E SUAS IMPLICAÇÕES	40
5 PROMOÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	60
6 OBJETIVOS	73
6.1 OBJETIVO GERAL	73
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	73
7 MÉTODO	74
7.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	74
7.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	79
7.2.1 Trajetória do estudo	79
7.2.2 Tratamento e análise dos dados	88
8 PROMOÇÃO À SAÚDE EM VITÓRIA	90
9 ANÁLISE DAS AÇÕES	96
9.1 CONTEXTUALIZANDO A REGIÃO DE MARUÍPE E O BAIRRO DE ANDORINHAS	96
9.2 AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DA REGIÃO DE MARUÍPE	102
9.3 AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DA UNIDADE DE SAÚDE DE ANDORINHAS.....	114
9.3.1 Atividade Física	131
9.3.2 “Grupo Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”	134
9.3.3 Fitoterapia	137

9.3.4 “Bolsa Família”	143
9.3.5 Ação Anti-Tabagismo	149
9.3.6 “HIPERDIA”	156
10 CONSIDERAÇÕES	160
11 REFERÊNCIAS	165
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS DIRETORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	172
APÊNDICE B - FICHA AUXILIAR PARA LEVANTAMENTO DAS AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO DE MARUÍPE	175
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE	177
APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS EXECUTORES DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE	179
APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS QUE PARTICIPAM DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE	182
APÊNDICE F - TABELA DAS AÇÕES CITADAS COMO SENDO DE PROMOÇÃO À SAÚDE PELOS DIRETORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES ..	185
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA	187
ANEXO 1 - MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES	189
ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DA SEMUS PARA REALIZAÇÃO DESSA PESQUISA	191
ANEXO 3 – APRECIÇÃO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	193

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática da saúde pública no Brasil e mais especificamente sobre o tema da Promoção à Saúde está presente desde minha formação e ainda mais agora pelo fato de estar inserida no sistema de saúde municipal de Vitória-Espírito Santo (ES). Os ideais que animam o interesse pelo estudo são os mesmos que apostam na efetivação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um trabalho coletivo, que envolve todos os atores que fazem parte deste cenário: profissionais de saúde, gestores, usuários, movimentos sociais dentre outros.

A proposta da Promoção à Saúde constituiu-se historicamente como uma reação à medicalização da vida social. Procura fugir do reducionismo biomédico, atuando como um dispositivo de transformação social, uma vez que concebe que a saúde não depende somente do setor saúde, mas requer o entrecruzamento dos setores, saberes e vivências, envolve o compartilhamento de responsabilidades sociais, incluindo a população como participante ativa deste processo.

Entendemos, portanto, que a Promoção à Saúde pode atuar no sentido de politização do cotidiano, o que significa favorecer a invenção de espaços em que as diferentes formas de se ver o mundo, os sujeitos e a saúde possam ser trocados, dialogados rumo à invenção ininterrupta de si e do mundo.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu um compromisso, transcrevendo a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado. Por meio da lei 8080/90 o SUS foi implantado, propondo, ao lado da democratização geral da sociedade, um sistema de saúde nacional, de natureza pública, equânime, descentralizado e integral, envolvendo a participação da comunidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As práticas de Promoção à Saúde estão contempladas principalmente nos setores da Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo a participação da sociedade civil como imprescindível para sua efetivação.

Ao longo destes quase trinta anos, quando se firmou como um campo de possibilidades, a Promoção à Saúde foi sendo descrita de várias maneiras: utopia, estratégia, prevenção, meio, finalidade, imperativo ético, um nível de intervenção na saúde, bandeira de luta social, diretriz, direcionamento das políticas, paradigma dentre outros.

A polissemia da expressão “Promoção à Saúde” se fez acompanhar, igualmente, de práticas variadas com este nome. Diante disso, Carvalho (2005) pontua a importância de se visualizar essas variações, a multiplicidade de influências sofridas pelo campo da Promoção à Saúde, bem como a própria proposta da Promoção à Saúde, para que tal campo de conhecimento e práticas não sejam usados simplesmente porque constam na Constituição e em uma Política Nacional, ou ainda porque é politicamente correto ou até doutrinário usá-los.

Fez-se importante então, a análise do que está sendo proposto atualmente como Promoção à Saúde – no nível nacional e municipal – bem como verificar como essas propostas têm sido executadas. Por meio destas análises, pretende-se contribuir para que a proposta da Promoção não seja apenas um discurso ideológico e político, ou mesmo um discurso vazio, no qual os princípios de participação, parceria e troca acabem por se perder. Propusemos analisar o que tem sido posto em funcionamento no fazer saúde em nosso município em nome da Promoção à Saúde.

As atividades de Promoção à Saúde incluem, frequentemente, atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focalizadas na mudança dos estilos de vida. Por outro lado, uma concepção mais ampla de saúde tem orientado práticas que abrangem atividades voltadas para o coletivo e o ambiente físico, social, político, econômico e cultural. Neste sentido, propusemos analisar quais são as atividades tidas como de Promoção à Saúde desenvolvidas nas Unidades de Saúde da macrorregião de Maruípe, no município de Vitória-ES, mais especificamente na Unidade de Saúde da Família de Andorinhas, atentando-se para o que vem sendo produzido em relação aos sujeitos e a saúde da população.

Interessa-nos, particularmente, perceber de que modo a Promoção à Saúde tem se afirmado. Neste sentido, interrogamo-nos: as práticas com este nome vão no sentido

de prescrição de condutas tidas como corretas ou com o caráter participativo e de troca de saberes? As práticas de Promoção à Saúde se dão no sentido de potencialização dos sujeitos ou de subjugação aos saberes especialistas?

Nossa pretensão é de poder contribuir, como trabalhador social ligado à Psicologia e à Saúde Coletiva, para a análise das ações de Promoção à Saúde e resgatar seu importante papel na co-produção de redes de solidariedade e construção de novas formas de se fazer saúde.

A análise recaiu sobre o cotidiano das práticas e não apenas sobre as propostas, pois entendemos que é no cotidiano que se dá o jogo de forças entre diferentes interesses e valores presentes nas relações entre os profissionais e a comunidade, bem como destes entre si.

A análise possibilita, assim, revermos posturas e práticas que, muitas vezes, são capturadas por pressupostos que vão contra as próprias afirmações trazidas pela proposta inicial da ação, atuando no sentido de manter o *statu quo*. A análise permite a desconstrução de *modos de fazer* estereotipados; potencializa a co-construção de outras possibilidades de co-produção de saúde, de outras relações, que apostam na expansão da vida, nos movimentos de invenção de territórios existenciais mais potentes, portanto não serializados e modelizados. Estamos afirmando com isso o caráter político-social das práticas de Promoção à Saúde e a importância da inclusão de outros saberes para sua efetivação, pondo em xeque os especialismos.

Foram analisadas, neste estudo, as ações de Promoção à Saúde que acontecem nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória – ES, circunscritas à macrorregião de Maruípe, especificamente a Unidade de Saúde da Família de Andorinhas.

A escolha por Unidade de Atenção Básica de Saúde se deveu ao fato de ela hoje representar a porta de entrada do setor, o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. Em outras palavras, entendemos que a Atenção Básica de Saúde revela-se como o nível mais propício para se trabalhar a Promoção

à Saúde, uma vez que oferece uma maior aproximação com a comunidade local, o que facilita a efetivação de espaços coletivos de discussão para o processo de Promoção à Saúde.

A escolha pelas Unidades de Saúde da região de Maruípe se deveu ao fato de que esta macrorregião detém 100% de cobertura na ESF, e possui, ainda, uma longa tradição de aproximação com a comunidade. Além disso, esta região é campo de estágio da mesma Universidade ao qual o Programa de Mestrado está ligado, e a própria pesquisadora já teve oportunidade de atuar em uma de suas Unidades, o que facilitou os contatos iniciais.

A escolha pela Unidade de Saúde de Andorinhas se deveu a boa receptividade à proposta de estudo apresentada, o que facilitou a discussão que pretendemos com tal tema, o qual é priorizado pelo MS como uma possibilidade de melhoria nas condições de vida dos sujeitos e coletivos. Apostamos que a partir do plano micro, no caso o plano local, trabalhando as relações que se estabelecem no cotidiano da vida da população, podemos começar a co-produzir mudanças e transformações favoráveis às comunidades.

Uma outra razão para a opção por essa Unidade se relaciona ao histórico, que já possui, de uma interação favorável com a Universidade, o que se confirma no número de pesquisas na área desenvolvidas nessa Unidade de Saúde. Além disso, foi considerável o número de ações descritas pelo diretor da US Andorinhas como de Promoção à Saúde.

Pretendemos, ainda, ampliar o arsenal teórico que trabalha especialmente a questão da política e das práticas de Promoção à Saúde ao nível da Atenção Básica, pois entendemos que cabe ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGASC), como “lugar de produção de conhecimento”, estudar temáticas atuais e propor novos espaços, em parceria com os serviços, a fim de possibilitar a construção de outras formas de se fazer saúde pública, novas práticas que logrem promover saúde e sujeitos mais autônomos. A proposta dessa pesquisa foi realizar um trabalho que fosse construído junto com estes atores, no sentido de potencializar

ações que rompam com a lógica capitalista verticalizada e possibilite o compartilhamento das questões e das lutas em saúde.

Foi com grande satisfação que trabalhamos para a construção das bases que resultaram na presente dissertação, que buscamos conhecer, com os atores, os elementos necessários ao alcance dos objetivos delineados no projeto. Também é com grande satisfação que, agora, compartilhamos seus resultados e nossas problematizações.

Neste sentido, para alcançar os objetivos supra mencionados, foi necessária uma revisão bibliográfica acerca de alguns conceitos que circundam o tema da Promoção à Saúde, e o levantamento das ações entendidas como de Promoção na região. Além disso, foram feitas, em média, 130 horas de observação de campo, cinco entrevistas com os profissionais de saúde e duas entrevistas coletivas com os usuários participantes das ações. Deste percurso resultou essa dissertação, que se apresenta organizada em capítulos, expostos da seguinte forma:

Inicialmente, serão apresentados alguns aspectos históricos e definições referentes à Promoção à Saúde, por meio da exposição crítica das Conferências Internacionais sobre o tema, consideradas referências básicas ao tema.

Em seguida, no terceiro capítulo, trataremos algumas distinções conceituais relacionadas à Promoção à Saúde e à Prevenção de Doenças.

No quarto capítulo faremos uma explanação a respeito das ações de saúde pública, mais especificamente sobre as concepções de Promoção à Saúde e alguns conceitos que lhe dão sustentação, para assim discutir as implicações da utilização de um e outro entendimento no processo de construção de sujeito, mundo e saúde.

No quinto capítulo serão trazidas algumas considerações a respeito da construção das políticas de saúde pública do Brasil, passando pelo movimento da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, que ratificou a importância da Promoção à Saúde para o avanço do setor. Acrescido disso, serão apresentados alguns documentos oficiais (Pacto pela Saúde 2006,

Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde) que possibilitaram o entendimento sobre a trajetória da Promoção à Saúde até tornar-se uma política prioritária do MS e valorizada na Atenção Básica.

No sexto capítulo constam os objetivos gerais e os objetivos específicos deste estudo.

O sétimo capítulo tem a finalidade de explicitar os pressupostos metodológicos que embasam essa pesquisa, bem como os procedimentos metodológicos utilizados. Neste sentido, no item: “Pressupostos Metodológicos” será apontada a maneira como entendemos o processo de construção do conhecimento, com o intuito de fundamentar as concepções metodológicas deste estudo. No item subsequente: “Procedimentos Metodológicos”, por sua vez, serão trazidas informações a respeito da trajetória deste estudo, incluindo a apresentação da população-alvo da pesquisa, o detalhamento dos instrumentos utilizados para o trabalho de campo, a descrição pormenorizada do estudo e o tratamento e análise dos dados.

No capítulo seguinte, com o intuito de nos aproximarmos do espaço de pesquisa propriamente dito, traremos brevemente um histórico do processo de construção de ações e serviços de saúde. Neste mesmo capítulo serão expostas informações referentes à estruturação da rede de saúde de Vitória, incluindo o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, em especial, na Unidade de Saúde do bairro de Andorinhas. Por fim, apresentaremos a Política Municipal de Promoção da Saúde e as ações existentes em Vitória entendidas como tal.

No nono capítulo apresentaremos as análises das ações. No intuito de contextualizar o campo de pesquisa, constam particularidades sócio-geo-político do estado do Espírito Santo, do município de Vitória, da região de Maruípe e, mais especificamente, do bairro de Andorinhas, onde se localiza a Unidade de Saúde eleita para o acompanhamento das ações de Promoção à Saúde. Explicitaremos primeiramente o cenário de estudo, incluindo o espaço físico da US, serviços prestados, profissionais que compõem as equipes de saúde da família, perfil epidemiológico dentre outras informações.

Vale pontuar que a maior parte das informações a respeito do bairro de Andorinhas e de sua Unidade de Saúde foi obtida mediante a leitura de relatórios existentes na Unidade e conversas informais com profissionais e moradores do bairro. Em seguida, neste mesmo capítulo, apresentaremos as informações que pudemos apreender em campo sobre as ações de Promoção à Saúde, incluindo a reunião dos dados obtidos no âmbito da região de Maruípe e da US Andorinhas.

Por fim, no décimo capítulo apresentamos nossas considerações acerca do que foi visto e estudado no curso deste trabalho. É importante ressaltar que não tivemos a pretensão de arrolar considerações finais, pois entendemos que outras problematizações podem perpassar este contexto.

2 PROMOÇÃO À SAÚDE – ASPECTOS HISTÓRICOS E DEFINIÇÕES

O termo *Promoção da Saúde* teve uma de suas primeiras aparições em 1946, quando Sigerist, estabelecendo as tarefas que lhe pareciam essenciais à medicina, arrolou a “promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação”. Para o autor a saúde poderia ser promovida proporcionando aos cidadãos um conjunto de fatores, tais como: educação, cultura, trabalho, lazer; por meio de um esforço conjunto de políticos, empresas, sindicatos, médicos e educadores. Pouco se falava, todavia, da participação dos próprios usuários na promoção dessa saúde, pois estava claro que caberia aos especialistas o estabelecimento de normas e as formas de se agir visando a manutenção da saúde (BUSS, 2003).

Leavell & Clark (1976) também utilizaram o conceito ao desenvolver o modelo da história natural da doença, em uma perspectiva de níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A Promoção da Saúde, segundo estes autores, estaria incluída nas atividades que visavam a prevenção primária, a qual implicava na proteção específica do homem contra agentes patológicos, em uma tentativa de aumentar o seu bem-estar geral. Para tanto destacavam a educação e a motivação sanitária, assim como moradia, nutrição, lazer e trabalho, como elementos importantes à Promoção da Saúde. O enfoque centrava-se prioritariamente no indivíduo, sobre o qual deveriam atuar as ações que garantiriam sua saúde.

Naquele momento, a concepção da Promoção à Saúde estava centrada prioritariamente em medidas preventivas focadas no ambiente e nos indivíduos. O conceito relacionava-se às mudanças de comportamentos considerados nocivos, que deveriam ser controlados pelos indivíduos. Para se garantir a ausência da doença seria importante que os indivíduos tomassem as medidas prescritas pelos médicos para a manutenção de seu entorno e de seus hábitos individuais, o que excluía a problematização das relações de poder existentes, que determinavam, muitas vezes, as desigualdades patentes na sociedade. Predominava o entendimento de que a saúde era determinada prioritariamente por fatores biológicos. Neste sentido, cabia ao médico a resolução do problema, predominando

as práticas verticalizadas. O foco central era a doença, logo, ao se combater a doença estaria sendo assegurada a saúde.

Por volta dos anos 1970, no Canadá, a concepção de Promoção à Saúde tomou outra configuração; motivada pela preocupação com os crescentes custos da assistência médica e pelo questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, foi divulgado, em 1974, o documento *New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (nome do então ministro da saúde do Canadá). Tal Informe trouxe para o campo da saúde outros *determinantes da saúde* que não só o biológico, incluindo, além deste, o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização da assistência à saúde (CARVALHO, 2004a).

Apesar da inclusão de outros elementos explicativos que se inter-relacionam ao fenômeno saúde-doença, a concepção da Promoção à Saúde continuou focada no indivíduo. Esta concepção apontava para a premissa de que práticas pouco saudáveis eram consideradas riscos auto-impostos e causas relevantes da não-saúde (CARVALHO, 2004a).

Neste sentido, o principal objetivo das ações de Promoção à Saúde passou a ser a transformação dos comportamentos individuais não-saudáveis, ou seja, a orientação do indivíduo a tomar atitudes consideradas saudáveis. Ao mesmo tempo em que marcavam a responsabilidade dos indivíduos na determinação de sua saúde, utilizavam-se de um modelo educativo verticalizado, de intervenções behavioristas, excluindo a maior parte dos atores do processo decisório, uma vez que se considerava que apenas os especialistas estavam autorizados a estabelecer o que deveria ser feito e o que deveria ser evitado.

Tal estratégia surtiu efeitos positivos no Canadá no que se refere à adoção de estilos de vida mais saudáveis por alguns grupos sociais mais abastados, não tendo o mesmo efeito nos grupos marginalizados, uma vez que deixavam de abordar as determinantes sociais da não-saúde (CARVALHO, 2004a).

Os efeitos positivos de tal abordagem nos grupos mais abastados foram possíveis no Canadá devido à estruturação econômica deste país, que no período pós-guerra adotou políticas de cunho redistributivo, o que significou a diminuição expressiva das disparidades orçamentárias da população (CARVALHO, 2005).

Era garantida à população canadense boas condições de habitação e saneamento do meio ambiente, transporte adequado, alimentação, educação, cultura e lazer, além de um sistema de saúde pautado na universalização (garantia de que a totalidade da população seria assistida pelo sistema e teria acesso aos serviços), integralidade (garantia do direito aos serviços médicos e hospitalares), acessibilidade (garantia do direito a serviços de saúde de qualidade sem barreiras financeiras ou de outra natureza), portabilidade (garantia de recebimento de atenção à saúde em todas as províncias do país e no exterior) e administração pública (sistema público de atenção administrado e operacionalizado em bases não lucrativas por uma autoridade pública, regulada pelo Estado e sujeita à auditoria de sua contabilidade e de suas transações financeiras). Ao setor privado cabia somente a participação no mercado suplementar – atenção domiciliar e distribuição de medicamentos (CARVALHO, 2005).

Podemos afirmar, portanto, que a efetividade do modelo educativo behaviorista esteve diretamente relacionada às boas condições sociais, econômicas e culturais asseguradas à população. Falar da adoção de estilos de vida mais saudáveis para uma população que sequer possui a oportunidade de escolha sobre a situação em que se encontra, torna-se inviável, uma vez que promover saúde requer condições mínimas necessárias para uma sobrevivência com dignidade em que seja possível a população ao menos a oportunidade de escolha.

A melhoria no sistema de saúde canadense repercutiu positivamente nos demais países, uma vez que outras mobilizações no setor saúde foram surgindo no sentido de garantia de saúde de qualidade às populações.

Um exemplo disso foi a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, ocorrido em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, então União Soviética, promovida a partir da parceria entre Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo

das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Dessa conferência resultou um novo documento: a *Declaração de Alma-Ata*, que trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando como meta a "Saúde para Todos no Ano 2000", a fim de reduzir as desigualdades existentes entre o estado de saúde das populações em desenvolvimento e os países desenvolvidos. Para tanto requeria a cooperação mútua entre os países, afirmando a questão da intersectorialidade, responsabilização dos governos pela saúde dos cidadãos; além do direito da população de participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2003).

Para se alcançar a saúde almejada, a *Declaração de Alma-Ata* recomendava, ainda, que os países adotassem um conjunto de oito *elementos essenciais*: I) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; II) promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; III) abastecimento de água e saneamento básico apropriados; IV) atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; V) imunização contra as principais doenças infecciosas; VI) prevenção e controle de doenças endêmicas; VII) tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e VIII) distribuição de medicamentos básicos (OPAS, 1978).

Neste momento a saúde era entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Essa mudança de concepção do que se entende por saúde acarretou igualmente uma alteração das ações dirigidas à sua Promoção.

A concepção que compreende saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, orientou as ações em outra direção. Desde então, o olhar passou a focar-se em outras instâncias que não somente o físico, envolvendo o mental e o social. Além disso, a idéia de que era possível alcançar um estado de completo bem-estar resultou em uma busca exacerbada pela saúde. Nesta ordem, a dor e o sofrimento deveriam ser escondidos a qualquer custo. Como resultante tivemos o aumento da medicalização do social e dos indivíduos, numa busca acelerada por remédios e tratamentos cada vez mais poderosos e mais rápidos em seus efeitos.

Essa busca pela saúde perfeita resultou em rendimentos para o mercado, que passou, assim, a vender modos de viver, maneiras de ser, de se comportar e de pertencer.

A mercantilização da saúde se faz presente na medida em que o mercado, utilizando-se de uma lógica de bem estar ideal, oferta os mais variados produtos e serviços com a garantia de uma vida livre de qualquer doença, não enfatizando a gama de aspectos envolvidos ao processo saúde-doença.

São inegáveis os avanços decorrentes da Conferência de Alma-Ata, principalmente no que diz respeito às mobilizações disparadas a partir de sua principal meta: "Saúde para Todos no Ano 2000". Contudo persistiram as disparidades existentes entre o quadro da saúde da população de países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, pois, mais uma vez, dentre outros motivos, as questões referentes às desigualdades sociais, econômicas e culturais existentes entre eles não foram colocadas em xeque. Foram estabelecidos oito elementos considerados essenciais a serem adotados por todos os países para se alcançar um estado de saúde satisfatório. Todavia, nem todos os países adotaram estes elementos, pois, além de suas dificuldades particulares, estes oito elementos não eram igualmente prioritários em todos eles.

Somado a isso, a participação da população nas decisões no campo da saúde – estratégia anunciada para se atingir a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000" – significou, muitas vezes, a possibilidade de escolha, por parte dos indivíduos, do que consumir para se atingir o completo estado de bem estar físico, mental e social. Este consumir, por sua vez, além de não ter conseguido garantir a saúde perfeita, veio reafirmar o desnível entre os que podem consumir e os que não podem, sem, com isso, colocar essa questão em análise.

Por outro lado, a Declaração de Alma-Ata trouxe ainda para o campo da saúde a proposta da atenção primária, definida pela OMS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país

possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS, 2005, p.25).

Tal proposta abriu caminhos de acesso de todos à saúde e, principalmente, ofereceu uma maior aproximação do setor saúde com a comunidade local, passando a criar possibilidades de efetivação de espaços coletivos de discussão e de potencialização dos sujeitos da ação, co-responsáveis pela expansão da vida.

Neste contexto, o conceito de Promoção à Saúde tomou força e ampliou-se, principalmente nos países ditos desenvolvidos – Canadá, Estados Unidos da América (EUA) e Europa Ocidental. Por meio das seis Conferências Internacionais realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005) foi possível estabelecer bases conceituais e políticas da Promoção e avançar em seu detalhamento.

A *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* ocorrida em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi motivada, principalmente, pelos progressos alcançados pela *Declaração de Alma-Ata*.

A *I Conferência Internacional* teve como principal produto a *Carta de Ottawa*, na qual foram lançados os nove pré-requisitos para se atingir saúde (a qual era entendida, ainda, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social): paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Por meio deste entendimento depreende-se que a proposta da Promoção à Saúde transcendeu o setor saúde, passando a envolver os diversos setores da sociedade e a reorientar os serviços de saúde. A intersectorialidade passou a ser preconizada como indispensável à construção de um sistema de saúde de qualidade, pois propunha a abertura de canais entre o setor da saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Tal questão foi bem exposta já na Carta de Ottawa:

Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986, p. 1).

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (OPAS, 1986, p. 2).

Diferentemente dos determinantes da saúde trazidos no Relatório Lalonde, tem-se na Carta de Ottawa uma visão de saúde mais afirmativa, o que significou a orientação das ações de Promoção à Saúde não mais, primordialmente, voltadas à correção de comportamentos individuais, mas rumo a ações que priorizavam o aumento das chances de saúde e de vida, requerendo, para tanto, ações multi e intersetoriais (BUSS, 2000).

A *Carta de Ottawa*, principal marco de referência da Promoção à Saúde, enfatizou, ainda, a importância do envolvimento dos indivíduos e dos grupos na tomada de decisão a respeito das questões em saúde, destacando a importância do acesso a informações, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, coordenação de políticas públicas saudáveis e oportunidade de aprendizagem por meio de ações de capacitação da população em geral.

Como mecanismos de Promoção à Saúde destacavam-se: o autocuidado, a ajuda mútua e a criação das condições e entorno que favorecessem a saúde. O que não significou uma diminuição das responsabilidades do Estado; afirmava-se a idéia de que os governos tinham a responsabilidade pela saúde dos cidadãos e a população o direito de participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2000).

A *Carta de Ottawa* vem definir a Promoção à Saúde como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OPAS, 1986, p.1).

A idéia de Promoção à Saúde, portanto, não estava mais restrita a ação sobre os indivíduos, mas se abria às possibilidades de envolver a comunidade, o Estado, o sistema de saúde. Neste sentido, a Promoção à Saúde passava a associar-se diretamente a um conjunto de valores: qualidade de vida, cidadania, solidariedade, equidade, democracia, parcerias, participação, entre outros.

Porém, apesar das ricas contribuições da Carta de Ottawa para o processo de construção da proposta de Promoção à Saúde, contradições importantes e marcantes faziam-se presentes. Afirmou-se, por meio da Carta, a importância da participação da sociedade na tomada de decisões sobre sua saúde, todavia, para tanto sugere a necessidade de **capacitação e o desenvolvimento de habilidades pessoais dessa mesma população**, para que assim fossem efetivamente capazes de participar deste processo, ou seja, desacredita-se na capacidade dessa mesma população em gerir os recursos para dar conta de sua vida. Em outras palavras, não há a valorização dos saberes populares e da potência inventiva dessa população. Por conseguinte, os *experts* continuavam a exercer o papel de ditar as normas rumo à produção de consensos, desautorizando todo o saber e toda a prática sobre saúde produzida fora da racionalidade técnico-científica. Essa postura, portanto:

Pressupõe que as pessoas não têm uma cultura da saúde, não vêem a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância. Há subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular. Isso leva a supor que a participação popular ativa, discurso proferido em todas as conferências, seja, de fato, meramente cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora (verdadeiramente ativa) (STOTZ & ARAÚJO, 2004, p.12).

Nessa direção, as ações em saúde tenderam a se afirmar como autoritárias e controladoras, de modo que o profissional, com seu saber técnico, era quem estava autorizado a promover a saúde da população, ditando e regulando o que deve ser feito para se “ter” saúde. Trabalha-se pela Promoção da Saúde da população, o que supõe o profissional como agente, o profissional atuando sobre a população, assim como se presume a existência de “uma saúde” a ser alcançada. Contrariamente a uma perspectiva que enfoca a Promoção à Saúde, que requer o outro nessa produção, o profissional junto à população, sendo várias as saúdes possíveis.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - a Conferência de Adelaide, em 1988 - ocorreu no sentido de reafirmar alguns compromissos

estabelecidos na *Carta de Ottawa*. A *Declaração de Adelaide* teve como tema central a criação de políticas públicas saudáveis, o que envolveu a intersetorialidade, a criação de redes, de alianças entre políticos, Organizações Não Governamentais (ONGs), mídia, instituições educacionais dentre outros; além de vincular a idéia da responsabilização do setor público. A *Conferência* identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis (OPAS, 1988).

Fez-se presente também nas discussões dessa Conferência o tema da equidade, insistindo sobre a importância da difusão de políticas públicas a todos, em especial aos grupos menos privilegiados, como garantia de cidadania (OPAS, 1988).

A *III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde* – foi realizada em 1991, em Sundsval-Suécia, em um momento de efervescência prévia à Rio-92, que trouxe para discussão o risco de um colapso no planeta devido às agressões sofridas pelo meio ambiente. Tal *Conferência* foi a primeira a focar-se na interdependência entre saúde e ambiente, em todos seus aspectos: moradia, comunidade, trabalho, lazer, educação, estruturas econômicas e política, desigualdades sociais, cultura dentre outros. Ressaltou-se, assim, a busca da equidade e o respeito à biodiversidade como princípios básicos para se alcançar saúde para todos (OPAS, 1991).

Mais uma vez a *Conferência sobre Promoção da Saúde* convocava todos à ação, envolvendo vários setores na busca da construção de ambientes favoráveis. O documento resultado da III Conferência - A *Declaração de Sundsval* - explicou que o termo “ambientes favoráveis” referia-se à aspectos físicos e sociais no qual nos inserimos, alcançando os espaços em que as pessoas vivem: sua comunidade, suas casas, seu trabalho e seus momentos de lazer. Também englobou as estruturas que determinam o acesso aos recursos para se viver e as oportunidades para se ter maior poder de decisão (OPAS, 1991).

A ênfase posta na relação entre desenvolvimento e saúde não contestou, todavia, em nenhum ponto, a natureza da ordem capitalista, o que limitou o delineamento de

alternativas ao *statu quo*, não questionando, mais uma vez, por exemplo, o porquê da escassez de recursos para determinadas políticas e não para outras (CARVALHO, 2005). Da mesma forma, não se colocou em análise a problemática do capitalismo, as relações desiguais de poder, dificultando as mudanças para a potencialização dos sujeitos como inventores e protagonistas de suas próprias vidas.

No ano seguinte à *Conferência de Sundsval*, ocorreu em Santafé de Bogotá a *Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, sob o patrocínio do Ministério da Saúde (MS) da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a participação de representantes de 21 países. Teve como objetivo definir o significado da Promoção à Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região (OPAS, 1992).

A concepção de saúde sofreu, então, outras mudanças: passou a não mais ser tratada como um completo estado de bem-estar, mas como um projeto que deveria ser definido em cada nação. Com isso houve a descentralização das discussões referentes à Promoção à Saúde para os países ditos em desenvolvimento. Considerou-se que não seria possível a discussão com os países periféricos sobre: paz, educação, moradia adequada, alimentação saudável, renda suficiente, ecossistema estável, justiça social e equidade – requisitos e condições estabelecidas na Carta de Ottawa para a Promoção à Saúde – já que estes pontos eram tão díspares entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (STOTZ & ARAÚJO, 2004).

A *Declaração de Santafé de Bogotá* lançou, então, oficialmente, a proposta da Promoção à Saúde na América Latina assumindo a relação mútua existente entre saúde e desenvolvimento. Em outras palavras, reconheceu como indispensável para a manutenção da saúde: as condições sociais, políticas e econômicas dentre outras adequadas à população, bem como reconheceu que, reciprocamente, o desenvolvimento social, político e econômico dependia do estado de saúde de sua população (OPAS, 1992).

Tal Declaração incorporou as propostas da *Carta de Ottawa* para a Promoção à Saúde na América Latina, estabelecendo como essência da estratégia no continente o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades. Para tanto, convocou todos a participarem das mudanças das condições desiguais que se intensificavam na América Latina devido às prolongadas crises econômicas e às políticas de ajuste macroeconômico.

Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (OPAS, 1992, p.1).

Em 1997, passados quase vinte anos da *Conferência de Alma-Ata* e seis anos da última *Conferência sobre Promoção da Saúde*, o objetivo primeiro estabelecido, de *Saúde para Todos no Ano 2000*, estava ainda longe de concretizar-se. Diante deste momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde, ocorreu a *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI*. Esta conferência ocorreu em Jacarta - Indonésia, a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento, e elegeu como tema principal, para se pensar a Promoção à Saúde no próximo século, a ação comunitária, enfatizando a redução da desigualdade em saúde, a garantia do respeito aos direitos humanos e o acúmulo de capital social (OPAS, 1997).

A *Declaração de Jacarta* estabeleceu cinco prioridades para o campo da Promoção à Saúde: a promoção de responsabilidade social com a saúde – o que envolvia setor público e privado; o aumento dos investimentos no desenvolvimento da saúde – com enfoque multisetorial, o que significava investimentos em vários setores sociais: educação, habitação, trabalho etc.; a consolidação e a expansão de parcerias entre os diferentes setores; o aumento da capacidade da comunidade e o fortalecimento dos indivíduos e a garantia de infra-estrutura para a Promoção à Saúde (OPAS, 1997).

Passado três anos, em 2000, foi realizada a *V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, no México, na qual foi feita uma análise sobre o que havia sido realizado e os avanços conquistados desde a proposta de Promoção à Saúde com a

Carta de Ottawa. A Promoção à Saúde foi reafirmada como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (OPAS, 2000).

Por fim, foi realizada em Bangkok, Tailândia, no ano de 2005, a VI *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado*. Essa Conferência pôs em evidência os fatores da globalização que influem diretamente na saúde, como, por exemplo, o aumento crescente das desigualdades sociais, as mudanças globais do meio ambiente, o processo de urbanização, os procedimentos globais de comercialização, novos padrões de consumo e comunicação. Estes pontos foram discutidos a fim de se pensar políticas e parcerias para a efetivação da Promoção à Saúde em um mundo globalizado (WHO, 2005).

Paulatinamente as propostas de Promoção à Saúde foram se complexizando tecnicamente, trazendo cada vez mais detalhes às exigências para o processo de Promoção à Saúde, transcendendo o setor saúde, incluindo, por exemplo, a relação positiva existente entre a saúde e as condições de vida da população e a importância da participação dos sujeitos no processo saúde-doença.

No entanto, poucos elementos foram incorporados às cartas resultantes das Conferências para que a Promoção à Saúde se efetivasse realmente. Pouco se discutiu sobre os entraves à proposta, sobre sua operacionalização, sobre as consequências e a eficácia das práticas de Promoção para a população, sobre as condições concretas para que a ela acontecesse, o que resultou em uma reafirmação das idéias trazidas pela Carta de Ottawa. Apesar da importância disso, não há registro de que tenha sido colocado em análise os impedimentos à concretização da Promoção à Saúde, precisando que as propostas da Carta de Ottawa fossem retomadas vinte anos mais tarde.

Com isso, surgem dúvidas em relação à intenção de se promover saúde por meio de um processo de redistribuição de renda, de desnaturalização da pobreza, de potencialização dos usuários como agentes ativos, de se considerar as condições de vida da população como imprescindíveis para a sua saúde. Parece que ainda se está muito preso às exigências de um mercado que objetiva a transformação de

comportamentos que favoreçam a manutenção do seu controle sobre a população.

Consideramos importante para a efetivação da proposta de Promoção à Saúde o entendimento de que ela depende mais dos outros setores, como, por exemplo, saneamento, educação, alimentação, habitação, transporte, do que do próprio setor saúde. Daí a importância do setor atuar não só no sentido de produção de saúde, mas de sujeitos protagonistas que lutem pela melhoria das suas condições gerais de vida, o que resultará na Promoção à Saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde, em 1992, na Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Santafé de Bogotá, já trazia como indispensável para a Promoção à Saúde o desenvolvimento econômico, político e cultural do país. De tal forma que essas boas condições fossem asseguradas a toda a população. A Promoção à Saúde requer boas condições de vida para que a população possa fazer escolhas em relação à maneira como se quer viver.

Na tentativa de contribuir para a efetivação dessas propostas, foi lançado em 2006, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde. Tal política pretende-se transversal, o que significa o envolvimento dos diversos setores que compõem o Governo, além dos setores privados, não governamentais e a sociedade para a construção de melhores condições de vida à população.

Com base nisso, Campos (2004) traz a perspectiva de que essa política possa colaborar para o deslocamento do olhar e da escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de invenção da própria vida. A idéia é que os profissionais de saúde possam ver que para além da doença existe um sujeito que é histórico, processual, dinâmico, faz parte de uma rede de relações, de misturas, de interfaces. Por tudo isso, não basta trabalhar pela produção de saúde somente enquanto ausência de doença, mas há que se lutar com os usuários, abrindo-se a escuta de suas histórias, idéias, saberes, conhecendo também os seus contextos sócio-político-econômicos, para que assim possamos, coletivamente, promover saúde.

Neste caso, a saúde se relaciona, também, à participação dos sujeitos na tomada de decisão em relação às questões que lhe dizem respeito. Entende-se que por meio do envolvimento dos sujeitos na elaboração, na implantação e na avaliação das políticas públicas é possível – paralelamente à co-produção de autonomia dos sujeitos – trabalhar coletivamente pela melhoria da qualidade de vida, respeitando sempre a diversidade existente em nosso país (CAMPOS, 2004).

Na prática, as ações de Promoção à Saúde nem sempre são direcionadas no sentido de produzir autonomia e focadas no trabalho coletivo para a transformação das condições de vida desfavoráveis à saúde da população. Elas se diferenciam nos conceitos que as embasam, em seus objetivos, que vão repercutir, por sua vez, nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e usuários. Tais ações podem ser marcadas por uma troca de saberes (em que ambos, profissionais e usuários, são protagonistas no processo de produção em saúde); e podem referendar-se por autoritarismos e verticalismos, em que as regras criadas por instâncias do governo são impostas aos profissionais de saúde, que, por sua vez, em um contexto específico, são impostas aos usuários para garantir a ausência de doença.

Essas diferentes práticas também implicam em processos distintos de co-produção de sujeitos e saúde, já que tanto os sujeitos quanto a saúde são efeitos das práticas e relações sociais existentes. Daí o interesse em analisar as ações de Promoção à Saúde, os conceitos relacionados a cada uma delas, bem como as relações patentes entre os profissionais de saúde e os usuários, para que possamos acessar e indagar: quais sujeitos e que saúde vêm sendo produzidos em nome da Promoção à Saúde, no nível da Atenção Básica? Estamos trabalhando por uma ausência de doença, pela criação de sujeitos passivos às determinações de uma minoria? Ou estamos nos envolvendo na invenção de uma saúde que requer lutas coletivas contra as desigualdades sociais, que envolve a produção de autonomia?

Nesta pesquisa, valorizamos as ações de Promoção à Saúde que se pautam em relações que valorizam a autonomia dos sujeitos – profissionais e usuários. Autonomia esta entendida como a ampliação da capacidade de o sujeito compreender o problema em pauta e agir sobre ele. Essa capacidade se constrói a

partir das relações de dependência que se estabelece, ou seja, quando mais interações com o outro, com o mundo e consigo mesmo maior a possibilidade de produção dessa autonomia. Diante dessas afirmações recusamos aquelas concepções de autonomia que se pautam na culpabilização do sujeito como único responsável pelo próprio mal, na idéia de independência em relação aos outros, posicionamento este que apenas contribui para a produção de sujeitos cada vez mais frágeis, uma vez que desconsidera as redes que formam a subjetividade e que retratam suas escolhas, desejos e necessidades, bem como reduz problemas sanitários complexos a desvios individuais de conduta (FREIRE, 2003).

3 DISTINÇÕES CONCEITUAIS: PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

No campo pragmático, as ações de Promoção à Saúde têm sido efetivadas com base em concepções diversas. Assim, têm coexistido ações que, apesar de serem intituladas como de Promoção à Saúde, se diferenciam nos conceitos que as embasam e no próprio entendimento que carregam sobre Promoção.

Naldo & Wills (1994, apud WESTPHAL, 2006) enumeraram a existência de cinco diferentes iniciativas com este nome, realizadas no passado ou ainda em curso; são elas: biomédica (pautada na concepção de saúde como ausência de doença, com intervenções voltadas a cura, ao tratamento e a prevenção específica), comportamental (focada na transformação dos comportamentos pelos indivíduos, visando a adoção de estilos de vida mais saudáveis), educacional (focada também na adoção de estilos de vida saudáveis pelos indivíduos), de empoderamento coletivo (voltado ao desenvolvimento comunitário por meio da participação de todos os envolvidos no problema) e de transformação social (centrada na construção participativa de políticas públicas saudáveis, em que se trabalha por mudanças nas relações de poder e dos determinantes sociais da saúde).

Além da diversidade de ações que estão sendo denominadas como de Promoção à Saúde, elas têm sido facilmente confundidas, na prática, com ações de Prevenção de Doenças; o que pode dificultar a efetivação da Promoção. Isso porque é possível vislumbrar a aplicação rotineira de ações de Prevenção como sendo de Promoção, e vice versa, o que pode acarretar na efetivação da Prevenção de Doenças em detrimento da Promoção à Saúde. Assim, por exemplo, se fará Prevenção de Doenças, como se estivesse também fazendo Promoção à Saúde, deixando de lado alguns pontos importantes para a efetivação desta prática.

Essa indiferenciação entre Promoção à Saúde e Prevenção de Doença se relaciona fortemente ao fato de o termo Promoção, historicamente, ter sido classificado por Leavell & Clark (1976) como uma espécie de Prevenção, especificamente, de Prevenção Primária. Tal fato toma uma dimensão maior ao se considerar que estes autores exerceram uma grande influência na divulgação das idéias do movimento preventivista e ainda hoje seus entendimentos sobre Promoção à Saúde e

Prevenção de Doenças são utilizados por alguns profissionais de saúde.

Neste sentido, para Leavell e Clark (1976), faz-se necessário conhecer a história natural da doença e os múltiplos fatores relacionados com o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, para a efetiva concretização da Prevenção. Eles acreditavam que as doenças se desenrolam, de forma mais ou menos característica, de acordo com interações estabelecidas entre agente, hospedeiro e meio ambiente, levando a alterações que podem ser reavidas ou não, resultando em recuperação, invalidez, defeitos permanentes para a pessoa ou a sua morte. Na concepção destes autores é possível interromper o processo de evolução da doença na medida em que se tem posse do conhecimento a respeito deste processo.

A história natural da doença compreende o período pré-patogênico – interações que ocorrem entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente antes de atingir o ser humano – e o período patogênico – que consiste na evolução do distúrbio no homem, desde a primeira interação com os estímulos que provocam a doença até a mudança de forma e de função resultantes dessa interação, “antes que o equilíbrio seja alcançado ou restabelecido, ou até que se siga um defeito, invalidez ou morte” (LEAVELL & CLARK, 1976, p.14). Em ambos os períodos, os autores afirmam ser possível adotar intervenções preventivas diferenciadas: primária (ocorre no período pré-patogênico, compreendendo ações de Promoção à Saúde e Proteção específica), secundária (feita no período patogênico, incluindo diagnóstico precoce e tratamento imediato) e terciária (também ocorre no período patogênico, compreendendo medidas de reabilitação, para quando a invalidez já está fixada).

Vários autores (AROUCA, 2003; AROUCA, 2007; QUADRA, 1983) fazem críticas a tal modelo. Interessa-nos particularmente a Prevenção Primária, já que ela aparece associada à Promoção à Saúde. Consta na obra *Medicina Preventiva* de Leavell & Clark (1976) a possibilidade de efetivação da Prevenção Primária no período pré-patogênico, em que o indivíduo ainda não está sob ação do agente patológico. Os autores sugerem que essa Prevenção se dê por meio da Promoção à Saúde e da Proteção Específica contra agentes patológicos e/ou do meio ambiente, essa última compreende a imunização, proteção contra riscos ocupacionais, higiene pessoal e do lar, controle de vetores e proteção contra acidentes.

A Promoção à Saúde, neste contexto, se iguala ao nível da Prevenção Primária como uma concessão do Estado à população por meio da educação sanitária, atenção ao desenvolvimento da personalidade, exames seletivos periódicos, áreas de lazer, moradia e alimentação adequada, aconselhamento genético, matrimonial e educação sexual. Assim, os profissionais, de posse do conhecimento sobre a evolução de determinado agravo, poderiam operar intervenções que garantissem a saúde à população, no caso da Prevenção Primária, que inclui a Promoção, antes mesmo do adoecimento dos indivíduos. A Promoção à Saúde, na perspectiva de Leavell e Clark (1976), foca-se, prioritariamente, na possibilidade de se evitar doença, por meio, principalmente, da mudança de comportamentos, se igualando à Prevenção de Doenças, que consiste, justamente, em evitar uma determinada patologia, antecipar-se à doença.

Diante disso, onde estaria a diferença entre Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças? Essas diferenças realmente existem? Seria possível separar essas duas concepções? Ou elas devem e/ou podem andar juntas?

A partir dos anos 1970, o discurso da Promoção à Saúde foi se tornando mais enfático (principalmente no Canadá) inclusive por razões econômicas, já que mesmo os países mais desenvolvidos não poderiam dar conta de assistir toda a população por meio de práticas unicamente biomédicas. Além disso, cresciam as críticas relativas a tais práticas e ao aumento de medicalização do social. Resistências se presentificavam frente à intenção de controlar tudo e todos para a garantia de uma saúde perfeita, sem levar em conta, muitas vezes, os conflitos presentes na sociedade e o jogo de interesses que envolvem as próprias práticas em saúde.

Neste contexto, o movimento foi de ampliação das possibilidades para lidar com as questões referentes à vida de tal forma a envolver todos os sujeitos no enfrentamento e na transformação dos macros determinantes do processo saúde-doença. A concepção de Promoção à Saúde se complexizou a tal ponto de ter como um dos seus principais objetivos o protagonismo social e a autonomia dos sujeitos.

Assim, a Promoção à Saúde e a Prevenção de Doenças foram assumindo enfoques complementares. Com isso, é possível afirmar que não existe prática melhor ou pior, ambas têm a sua importância para a produção de melhores condições de vida para os sujeitos. Contudo, há que se pontuar as suas diferenças para que uma não seja preterida em face da outra.

A Prevenção de Doenças, baseada no paradigma epidemiológico, supõe uma ação antecipada sobre os fatores causadores de doença nos indivíduos e nos grupos de pessoas. Seu objetivo primordial é evitar a evolução da patologia; e para tanto exige um conhecimento prévio sobre estes fatores. Neste sentido, os profissionais de saúde são tidos como responsáveis por executar essa ação. Cabe a eles, de posse do conhecimento adquirido na graduação e/ou nos serviços de saúde, atuar sobre os fatores de risco, o que não implica a investigação sobre a gênese, natureza, mecanismos de atuação e meio de prevenir a existência de determinado risco (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WESTPHAL, 2006).

Além disso, esta distinção põe em relevo o próprio conceito com o qual se trabalha, isto é, as ações que pretendem prevenir dirigem-se às doenças, enquanto promover refere-se à saúde. Depreende-se, portanto que o conceito de saúde que orienta as práticas de Promoção não se restringe a ausência de doença e opera com uma visão ampliada de saúde.

A Promoção à Saúde, valorizada nessa pesquisa, trabalha com um conceito ampliado de saúde, envolvendo os sujeitos na construção de melhores condições de vida (lazer, educação, saneamento básico, alimentação etc.), determinantes à sua saúde. Neste sentido, faz-se presente uma outra diferença em relação à Prevenção: enquanto as ações de Prevenção requerem necessariamente a presença de profissionais de saúde para a sua execução, as ações de Promoção à Saúde podem e devem ser efetuadas por organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais (BUSS, 2003).

Dessa forma, pode-se afirmar que a Promoção requer mais do que a especificidade técnica tem a oferecer – não bastando o conhecimento a respeito da patologia – pois envolve também a articulação dos diversos setores presentes na sociedade, com

especial destaque para a potencialização das escolhas dos sujeitos. O conhecimento técnico é importante – inclusive é de extrema relevância que as ações sejam executadas com perícia técnica – contudo, há de se ter clareza do limite que a nossa ação específica tem em relação ao conjunto de aspectos que envolve a produção da saúde e que não diz respeito somente ao campo específico da saúde.

Nas palavras de Czeresnia (2003, p.49): a “consciência prática do limite do conhecimento acarreta que não se tenha a pretensão de encontrar uma nova teoria científica que possa formular um discurso unificado de todas as dimensões que envolvem a saúde”.

O termo Promover, etimologicamente falando, vem do latim *pro-movere*, *na direção de mover*, ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, fomentar, favorecer, propor, *fazer-por* (alguma coisa) mas também *fazer-com* (alguém) e *através-de* (um grupo, uma organização). Assim, ao contrário da ação de Prevenção, que visa o controle dos acontecimentos para a garantia do não adoecimento, a Promoção à Saúde vai em direção do acontecimento, trabalhando com a possibilidade de escolha do sujeito.

Como visto, essas ações, no campo teórico são claramente diferenciadas. Interessamos, neste estudo, a prática, o como vem se dando as ações de Promoção à Saúde no nível da Atenção Básica.

4 AS CONCEPÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL E SUAS IMPLICAÇÕES

Vários autores apontam que o surgimento das ações de saúde pública acompanhou o nascimento do capitalismo e o fortalecimento dessa ordem social. Em outras palavras, as ações de saúde pública contribuíram para a criação das condições necessárias para o crescimento do capitalismo, por meio de ações como a medicalização das cidades e a promulgação de leis morais ditas essenciais às famílias (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 1979; FREIRE-COSTA, 1983; ROSEN, 1994).

Ao final do século XVIII, as cidades européias eram formadas por emaranhados territoriais de poderes rivais, o que favorecia o acirramento dos conflitos entre os territórios. Somado a isso, exasperavam nas cidades as revoltas de subsistência, bem como fenômenos epidêmicos e endêmicos, como a peste, o que era adverso aos interesses do capital. Dessa forma, fazia-se importante a construção de uma nova estrutura urbana, que garantisse relações mercantis e produtivas civilizadas nos âmbitos nacional e internacional (FOUCAULT, 1979).

Neste sentido, o poder Público colaborou intensamente, adotando medidas sanitárias de esquadrinhamento das cidades e da população, o que significou a contenção de alguns conflitos e o controle da proliferação de algumas doenças. Foucault (1979) aponta a importância da medicina, que em posse de seu poder político, distribuiu os indivíduos e os espaços de forma a vigiá-los e controlá-los; analisou os locais com potencial para provocar doenças (com base na observação das características do contexto fático); controlou a circulação de água e ar; e se envolveu nas distribuições e seqüências das fontes e esgotos. Naquele momento era preciso criar espaços livres de doenças e bem estruturados fisicamente para que a produção e o consumo, livre e crescente, fossem garantidos. Acrescido disso, os corpos deveriam ser preservados, enquanto força de trabalho, para serem capazes de gerar a produção e dele se retirar o lucro que movimenta o capitalismo.

Essas ações contribuíram, certamente, para o desaparecimento de grandes surtos epidêmicos, para o aumento da expectativa de vida da população, bem como, dentre

outros efeitos, para a queda das taxas de morbimortalidade. Entretanto, também contribuíram para a produção de indivíduos normalizados, serializados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos de valores ditados pelo poder dominante, de submissão explícita ou dissimulada. Como nos diria Foucault (1979):

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (FOUCAULT, 1979, p.89).

As práticas utilizadas envolviam obediência, por parte da população, às determinações deste saber médico, tido como verdadeiro e essencial ao bem estar social. Com isso a população foi adquirindo um estado tal de saúde que a possibilitou viver mais tempo, produzir e consumir mais intensamente. Entretanto, este consumo/produção, assim como a vida de um modo geral, foram sendo controlados pelas normas criadas por uma minoria, que determinava o modo ótimo de estar no mundo, obstaculizando a participação dos sujeitos enquanto protagonistas de suas próprias vidas.

No Brasil, o movimento de construção das práticas de saúde pública não foi diferente. As endemias e as epidemias começaram a ganhar atenção, quando passaram a representar um entrave ao modelo capitalista proposto. Neste contexto, as ações de saúde pública foram sendo orientadas de acordo com os interesses em pauta. Nas palavras de Polignano (2001):

as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuraram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões sócio-econômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e preferencialmente têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização (POLIGNANO, 2001, p. 2).

Em outras palavras, as decisões atinentes às ações que seriam tomadas relacionavam-se intrinsecamente aos interesses do grupo social ou econômico que dominava em um determinado período. Assim, os grupos sociais que conseguiram

se organizar, também imprimiram as suas pretensões às práticas de saúde pública, sendo participantes ativos em alguns momentos e subjugados em outros.

Tratava-se de um jogo de forças, de uma luta de desejos, interesses e necessidades, que constituíram as políticas de saúde e por sua vez, as ações de saúde pública. Essas relações de poder foram produzindo ações variadas que ora representaram as intenções de um determinado grupo social e econômico, ora de outro, ora do intercruzamento destes interesses, ora da resistência a eles.

Para exemplificar, Polignano (2001) explica que enquanto o Brasil esteve dominado por uma economia agro-exportadora exigiu do sistema de saúde, sobretudo, práticas de saneamento voltadas aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar as exportações. A população era inspecionada regularmente, as ações de saúde pública aconteciam na tentativa de controlar os modos de viver dos indivíduos, para que, assim, estivessem asseguradas as pretensões agro-exportadoras.

Porém, onde há poder há resistência (FOUCAULT, 1979) e esta costuma ser tão inventiva quanto o poder. Isso significa que, certamente, além dos momentos de controle das ações de saúde pública sobre os sujeitos, houve circunstâncias em que isso não foi possível, os sujeitos conseguiram assegurar a invenção de suas próprias normas para estar no mundo.

Acrescido disso, em um outro momento histórico, em que a sociedade brasileira se democratizava, principalmente a partir da Constituição de 1988, as ações de saúde pública foram sendo direcionadas à possibilidade dos sujeitos exercerem um controle sobre as ações, participarem dos processos decisórios em relação a sua saúde e da construção das políticas públicas. A participação popular e o controle social passaram a ser preconizados pelo sistema de saúde vigente como indispensável à produção de saúde.

Por outro lado, em outros momentos, essas ações também atuaram no sentido de problematizar as relações desiguais de poder, convocando os sujeitos a fazerem escolhas no sentido de criar novas normas para estar no mundo. Isso ocorreu, por

exemplo, no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que surgiu na luta contra o autoritarismo das intervenções direcionadas à população, conseguindo a reformulação do sistema nacional de saúde e a ampliação dos direitos sociais. A saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, exigindo-se, para tanto, a participação democrática da população (PAIM, 1992).

Isso não significou, todavia, a garantia do controle dos sujeitos sobre as ações de saúde pública. Houve momentos em que o envolvimento da população ditou o andamento da ação e, em outros, que as pessoas foram controladas pelo que a ação elegeu como importante para as suas vidas.

Assim, descarta-se a possibilidade de associação das práticas de saúde pública a conceitos maniqueístas. Essas ações de saúde não se articulam a julgamentos de valores, não são nem do bem, nem do mal, nem boas, nem ruins, nem só controlam a vida das pessoas, nem, tampouco, mesmo depois da constituição de 88, garantiu o controle das pessoas sobre elas.

Segundo Dalbello-Araújo (2003) faz-se importante o entendimento dessas ações como práticas sociais que, por sua vez, retratam o jogo de forças e interesses em questão, no tempo e lugar de seu exercício. Neste sentido, a autora afirma que as políticas de saúde oferecidas pelo Estado tanto podem trabalhar para o fortalecimento do capitalismo – por meio do controle do modo de viver das comunidades – quanto podem contribuir para a emancipação social, ao se garantir a participação comunitária como um direito da população.

Nesta mesma linha de raciocínio se inserem as ações de Promoção à Saúde, já que se trata de uma ação de saúde pública, que retrata os diversos interesses presentes, bem como as concepções de sujeito, de mundo e de saúde envolvidos.

No que diz respeito à noção de sujeito, Ayres (2001) destaca duas concepções presentes no âmbito da Saúde Coletiva: uma relativa à identidade e outra referente à ação transformadora. A primeira delas faz menção à idéia de um ser dotado de uma essência, uma totalidade, um ser que “é igual a si mesmo através dos tempos, que ‘faz a si mesmo a partir de uma natureza dada’, moldada por um ‘devir voluntário’, uma ‘conquista pessoal’” (p.65). Este entendimento remete a ações de profissionais

sobre usuários, já que, uma vez reconhecida a identidade deste ser, supõe-se conseguir acessar as suas reais necessidades e trabalhar por elas.

A segunda concepção, por sua vez, se refere a um “ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir” (AYRES, 2001, p.65). Nessa perspectiva, os usuários são os responsáveis por operarem uma ação transformadora, por mudarem seus comportamentos.

Em ambas as concepções apontadas deixa-se de considerar a processualidade da existência, que incessantemente produz diferenças, que, por sua vez, não tem nada a ver com identidades particulares, mas com a co-produção de modos de estar na vida. Nada há de permanente. Os sujeitos, assim como suas necessidades, se dão nas várias relações que se estabelecem. A subjetividade é sempre relação, daí a impossibilidade de uma constante. O que há é um jogo de forças, que constrói a cada instante sujeito, mundo e história.

Entendemos que o sujeito, o mundo e a própria saúde são construídos a partir de “relações”. O sujeito não se constitui e nem se constrói sem o outro, sem as múltiplas relações que estabelece ao longo da vida. Como nos diz Guattari & Rolnik (1999) a subjetividade é “essencialmente fabricada e modelada no registro social” (p.31). Assim, a produção da história vai para além do que cada ser quer fazer dela, depende de múltiplas relações que vão se configurando no tempo e no espaço. Para Rolnik (1995) “a realidade não se restringe ao visível e a subjetividade não se restringe ao eu”. Há fluxos operantes imperceptíveis que, constantemente, se conectam a outros fluxos, produzindo um entre, que não é nem um nem o outro, mas um estado inédito, que uma vez encarnado faz do sujeito outro. Dessa forma, não é possível pensar a subjetividade encapsulada em um sujeito - já que as relações nos produzem permanentemente. Disso resulta afirmar a importância do diálogo. Porém, não se trata de ouvir o outro para conhecê-lo e, portanto melhor controlá-lo, mas sim estabelecer uma relação dialógica que aspire trabalhar coletivamente as diferenças por meio do encontro, visando a co-construção – neste caso – de projetos voltados para a Promoção à Saúde.

Independente da relação que se constrói entre os atores em questão – profissionais e usuários – sempre se estará produzindo sujeitos, sejam eles predominantemente subjugados ou participativos.

Ayres (2001) afirma na área da saúde, frequentemente tem-se trabalhado com o “sujeito como núcleo individual e permanente de produção de coisas – identidades, artefatos” (p.66). Interessa-nos perceber se as ações de Promoção à Saúde têm trabalhado nessa mesma perspectiva, e/ou se têm investido no diálogo para a construção de diferenças potentes.

Dependendo das concepções e interesses intrínsecos as ações de Promoção à Saúde serão direcionadas em um ou outro sentido, podendo afirmar os sujeitos como passivos – aqueles que recebem ordens e devem ser ensinados na sua forma de funcionamento; ou inventivos – que ao recusar as hierarquias e as totalizações, são capazes de inventar outras formas de fazer saúde.

As ações de Promoção à Saúde podem, assim, colocar em xeque as relações desiguais de poder ao trabalhar com a problematização dos modos hegemônicos, abrindo-se para outras formas de fazer saúde, acessando intensidades, potências de luta, escuta e invenção coletiva; ou gerar naturalizações, abafando os conflitos e trazendo determinações impostas aos sujeitos, entendidos como incapazes de participarem da invenção de si e de mundo.

Da mesma forma, de acordo com as pretensões presentes nestas ações se pode afirmar a saúde como um amplo processo de invenção e que, portanto requer a participação ativa dos sujeitos como protagonistas de suas próprias vidas, ou toma-la como ausência de doença, o que remete a um entendimento limitado dos sujeitos. Espera-se que eles atendam as regras de higiene, alimentação, habitação e o comportamento ditado pelo saber médico e com isso garantam o seu bem estar. No entanto, independentemente da concepção de saúde que se tenha (como processo de invenção ou como ausência de doença) insta reiterar que as ações de Promoção à Saúde não são neutras e, de acordo com a forma e o ideário que carregam, podem reproduzir a ótica das formações neoliberais e individualistas, gerando grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho

baseado em condições individuais, justificando e dando margem à desresponsabilização do Estado pelo bem-estar de sua população. Além disso, as ações de Promoção à Saúde podem, também, afirmar a expansão da vida, gerando sujeitos capazes de inventar modos de existência, maneiras de se viver, de acordo com regras variadas, inventadas, recriadas, considerando as múltiplas estratégias, medidas e atores (CARVALHO, 2004b).

Segundo Buss (2000), as concepções de Promoção à Saúde podem ser dispostas em dois grandes grupos: o primeiro deles se aproxima muito das ações de Prevenção, foca-se na evitação das doenças, por meio da transformação dos comportamentos dos indivíduos; enquanto o segundo trabalha com um conceito ampliado de saúde, que requer o envolvimento dos sujeitos na construção de melhores condições de vida (lazer, educação, saneamento básico, alimentação etc.), determinantes à sua saúde.

As diferenças não param por aí, as duas vertentes de Promoção à Saúde anunciadas estão envoltas em entendimentos que se diferenciam. Estes entendimentos precisam ser explicitados para que se possa compreender as ações delas decorrentes, bem como para a discussão das implicações da adoção de uma ou outra concepção no processo de produção de sujeitos e de saúde.

Uma das concepções de Promoção à Saúde, aquela que entende a saúde como ausência de doença e trabalha para sua evitação, aborda a importância do sujeito se sentir no controle de sua própria vida. Sob este aspecto, os sujeitos são responsabilizados por suas atitudes não saudáveis, dependendo exclusivamente deles a sua saúde e, portanto, os aspectos históricos e sociais não são considerados, o que não significa a garantia de envolvimento dos sujeitos na construção de ações políticas coletivas.

Nestes casos, essencialmente o que se tem como objetivo é a mudança de comportamentos ou de estilos de vida, por isso os usuários de saúde devem aceitar que o saber dos *experts* possui a resposta certa para o seu bem estar. Assim, segundo este entendimento, pode-se afirmar que a participação, na verdade, não é valorizada, predomina uma intenção de padronização e homogeneização para a

obtenção de uma saúde perfeita, por meio de uma ilusão de co-participação dos sujeitos (CARVALHO, 2004a).

Esta postura pode favorecer a manutenção de relações desiguais de poder, uma vez que, apesar da utilização de uma idéia politicamente correta, que, aparentemente, valoriza a autonomia, acaba por excluir e/ou suprimir o saber do outro, enquadrando cada um em um lugar, uma classe, como se tal procedimento fosse natural do convívio social. Proclama-se a liberdade dos sujeitos, mas predominam relações de dominação e exclusão. Em outras palavras, naturaliza-se a questão dominação–submissão, sem, contudo, admitir explicitamente a superioridade de uns sobre os outros. Ao contrário, essa postura reconhece o controle de cada indivíduo sobre sua vida, mas não o envolve no processo saúde-doença como sujeito ativo, o que despolitiza o conceito de saúde e despotencializa os sujeitos para a discussão da ordem social.

Neste contexto os sujeitos são abordados como aqueles apenas capazes de acatarem as normas criadas por quem “sabe mais” – os quais ditam o modo ideal de se evitar o aparecimento da enfermidade – de posse dessa informação, estes sujeitos se apoderam da força de cuidar de sua saúde, agora sob sua única responsabilidade. Assim, na prática, este entendimento pode ser utilizado no sentido de culpabilização das vítimas por suas mazelas, já que são elas quem tem que dar conta de controlar os determinantes de saúde. Consequentemente, o Estado pode ser desresponsabilizado das transformações necessárias para a promoção de melhores condições de vida à população, uma vez que os sujeitos devem utilizar ao máximo de seus recursos próprios, antes de recorrer aos serviços estatais.

A saúde é entendida, então, como sendo condicionada por fatores individuais. Trabalha-se, portanto, pelo fortalecimento da auto-estima, pela adaptação dos sujeitos ao meio e pela construção da possibilidade de auto-ajuda. Isso não se traduz, necessariamente, em uma distribuição de poder e de recursos, em que os sujeitos, com isso, possam ter escolhas saudáveis. Ao contrário, tem-se o controle sobre o social, em que os sujeitos devem se adaptar a um meio independente das precárias condições (CARVALHO, 2004b).

Este entendimento reforça uma perspectiva filosófica individualista, que limita a saúde aos seus aspectos individuais, bem como age de forma a regular e controlar os sujeitos por meio dos ditames de regras de saúde pelos *experts* que, ao mesmo tempo em que trata os sujeitos como responsáveis pela sua saúde – ao atuarem de forma paternalista – excluem a população das construções políticas para a Promoção à Saúde.

Esta última concepção associa, ainda, as ações de Promoção à Saúde ao conceito de risco. Este conceito epidemiológico que surgiu da necessidade de criação de “instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos e condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas” (AYRES et al., 2003, p.127), para que assim pudesse se antecipar e prevenir o aparecimento de doenças e de comportamentos considerados anormais.

O uso deste conceito condiz, portanto, com as pretensões da concepção de Promoção à Saúde de evitar a emergência de enfermidade a qualquer custo, uma vez que em posse das probabilidades existentes de um indivíduo adoecer, os *experts*, mais uma vez, se autorizaram a impor as regras de comportamento consideradas adequadas à população.

A doença é tomada como foco da intervenção, o que pode levar a reprodução de respostas em uma mesma direção e sentido, que a Prevenção, por exemplo, já faz com muita competência, restringendo as outras potencialidades de se produzir saúde, inibindo as outras manifestações de ações em saúde (AYRES, 2002).

Nas palavras de Czeresnia (2003, p. 51):

O desenvolvimento dos estudos de risco esteve vinculado a um processo cultural construtor de um homem individualista, que enfrentou a necessidade de lidar com as forças desagregadoras da natureza e da sociedade por intermédio da lógica da ordem e da proteção, ao passo que pouco investiu no amadurecimento das relações com o outro mediante o fortalecimento de sua vitalidade e autonomia.

O sujeito é reconhecido pelo corpo biologicamente doente ou pelo corpo são que possui, o que pode remeter, segundo Carreteiro (2002), ao fato de que: para que um sofrimento social, por exemplo, seja reconhecido institucionalmente, é necessário

que se manifeste por meio da doença. Assim, há um desvirtuamento da questão social, que passa a ser vista indevidamente como uma questão que diz respeito apenas a um determinado indivíduo. Criam-se parâmetros fixos de identidades (o modo ótimo de se trabalhar com o pobre, com as mulheres, com os hipertensos etc.) com os quais passam a trabalhar visando à manutenção do controle da situação, contudo, os *experts* deixam de abordar, no caso, a questão social envolta a este sujeito. Prevalece uma relação dos *experts* com a doença e não com o sujeito.

A relação prevalente entre profissionais e usuários, neste caso, configura-se, portanto, como verticalizada, em que um detém o conhecimento sobre os riscos à saúde, e o outro o dever de adotar as medidas prescritas para se evitar a doença. Os sujeitos, mais uma vez, são desconsiderados em sua potência de invenção e de luta pela transformação das condições sociais desfavoráveis a sua saúde.

O sujeito é despersonalizado, importando os dados referentes à sua idade, grupo étnico, gênero, medidas fisiológicas, *statu* socioeconômico, exposição ou não a “fatores de risco” para se chegar a probabilidades de seus órgãos adoecerem ou não. Assim, a escuta do que o sujeito tem a falar sobre a sua vida, em todas as dimensões, dá lugar a prescrições colhidas de dados estatísticos.

Ao se considerar o sujeito como unidade estatística independente, desconsidera-se a existência das relações que produzem os modos de vida das pessoas, o que remete ao não entendimento por parte dos *experts* da lógica de determinadas escolhas feitas por essas pessoas, resultando em pura imposição de um conhecimento técnico-científico, que não é reconhecido por essas pessoas e, portanto, muitas vezes, não incorporado as suas vidas (BRANT, 2001).

Comumente, nesta situação os profissionais ficam desapontados com os usuários, interpretando como falta de vontade destes em se manter saudáveis, sob o fundamento que eles não se esforçam em adotar o que foi prescrito como melhor para as suas vidas. E os usuários, por sua vez, muitas vezes, nem sequer entendem o vocabulário usado pelo profissional, caracterizando um desencontro entre eles. Onocko Campos & Campos (2006) atentam para o fato da priorização de “fatores de risco” nas intervenções em saúde acarretar a desconsideração dos sujeitos

concretos, os quais estão “organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra enfermidade” (p.684).

O risco, nesta perspectiva, é entendido como um fenômeno estático e objetivo, razão pela qual não se abre à problematização das questões envoltas ao processo saúde-doença, como por exemplo: o acesso ao saneamento básico, educação, lazer, alimentação, habitação dentre outras condições importantes à saúde. Ao contrário, se fixa à relação de causa e efeito, ligando um determinado comportamento a um resultado certo: o surgimento de uma doença, como se, invariavelmente, aquele comportamento gerasse uma doença correspondente.

Todavia o que se vê é que um determinado comportamento nem sempre foi considerado de risco, tampouco o será igualmente considerado para todos os sujeitos em qualquer espaço onde estejam. O risco se traduz em uma categoria construída socialmente, que vai variar no tempo e no espaço, de acordo com os interesses em disputa (CARVALHO, 2004b; CZERESNIA, 2003; DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Sendo assim, faz-se importante atentar para os vícios ideológicos, que podem fazer das propostas de Promoção à Saúde, por exemplo, tão somente uma forma de manutenção dos interesses do modo de produção vigente, incitando o consumo de saúde e deixando de lado temáticas como a diferença, o conflito de classes, a relação capitalista, a subjetividade e a singularidade de indivíduos e coletivos (AYRES, 2001).

Em suma, compreendemos que estes entendimentos ora apresentados, referentes à concepção de Promoção à Saúde sob a ótica da evitação de doenças, pode nos auxiliar na análise das ações pesquisadas que tem como base essa concepção.

Uma outra concepção de Promoção à Saúde vem sendo forjada no âmbito da Saúde Pública. Segundo Buss (2000), essa concepção se assenta na participação dos sujeitos e na articulação intersectorial do poder público para a transformação coletiva dos problemas sociais que atingem a comunidade.

No que diz respeito à Promoção à Saúde sob a égide do envolvimento dos sujeitos na tomada de decisões acerca do processo saúde-doença, e na luta por melhores condições de vida, exporemos conceitos relacionados à autonomia.

O conceito de autonomia não é aqui tratado como sinônimo de independência, mas como a “capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependência” (ONOCKO CAMPOS & CAMPOS, 2006, p.670) de maneira problematizadora e ativa, refletindo e agindo sobre si, sobre o mundo, sobre as relações que o produz cotidianamente e sobre essa rede de dependências em que está imerso.

Nenhum sujeito pode se dizer totalmente independente. Já ao nascer é totalmente dependente do outro. A vida está pautada por múltiplas dependências: econômicas, sociais, culturais, biológicas etc. Assim, é possível afirmar que o sujeito vivo está atrelado a uma rede de dependência, com a qual se relaciona cotidianamente. A forma como o sujeito interage com essas dependências, se submetendo a elas ou interferindo nas suas dinâmicas, vai remeter a co-produção de maiores coeficientes de autonomia ou não.

Diferentemente da idéia de Promoção à Saúde enquanto evitação de doenças, esta concepção parte de um conceito ampliado de saúde, que inclui o coletivo, o social, o político, o econômico e o cultural. Essa concepção marca um entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, padrão adequado de alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias, estilo de vida responsável, cuidados adequados (BUSS, 2000).

Essa concepção de Promoção à Saúde, portanto, carrega em si uma idéia de saúde diferenciada das acepções puramente biomédicas, pois aglutina também pressupostos filosóficos e sociais, entendendo que saúde consiste justamente na possibilidade de cada sujeito ser protagonista de sua própria vida, de poder cair doente e criar novas normas para lidar com a variabilidade do meio (CANGUILHEM, 2002).

Neste sentido, a sua promoção se dá por meio de uma tarefa coletiva, que está para além dos aspectos biológicos, envolve participação de cada sujeito. Trabalha-se por uma participação que requer escolhas, que, por sua vez, se relaciona à esfera dos valores, não podendo, portanto, ser expressa de maneira exata (CZERESNIA, 2003).

Nas ações de Promoção à Saúde, que valorizam as escolhas dos sujeitos como afirmações de autonomia, predominam espaços de troca de saberes, de análise do cotidiano, potentes à co-produção de outros modos, outras posturas, outras formas de se fazer saúde, bem como outro nível de produção de sujeito, que não apenas o de atender ordens de especialistas e/ou de enquadrar-se nos modelos de ser saudável.

Um sujeito inventivo, problematizador, crítico, participante ativo do processo de transformação e resolução coletiva de problemas sociais, que envolve: a identificação do problema, a tomada de decisão, a formulação e execução de ações e a avaliação do que foi feito. A produção deste sujeito está diretamente relacionada ao que é o fazer em relação a ele. Corroboramos, então, com Foucault (1984), Guattari & Rolnik (1999) e Deleuze (1992) que entendem o sujeito como efeito das práticas e das relações sociais nas quais está envolvido.

Assim, o sujeito postulado pela tradição filosófica ocidental – possuidor de uma identidade, de uma essência dada a priori que o constitui – dá lugar, neste estudo, à idéia do sujeito como produto de processos de invenção e mutação constante, o que significa que não há um sujeito dado a *priori*, mas um sujeito e um mundo que são co-engendrados pela ação, de modo recíproco e indissociável. A todo o momento estamos transformando e sendo transformados, nos organizando e nos desorganizando, mudando posturas e conceitos. O ser está num contínuo movimento de diferenciação de si mesmo.

Essa concepção de sujeito nos leva a problematizar sobre os modos de existência que nos configuram, bem como pensar nas outras práticas sociais possíveis para a produção de sujeitos outros.

As práticas de Promoção à Saúde, assim como quaisquer práticas sociais, configuram-se como um dos determinantes do processo de produção de sujeitos, processos estes que variam de acordo com os interesses e os conceitos aplicados à prática.

Neste contexto, têm sido relacionadas a tal concepção ampliada ações voltadas à análise coletiva de problemas postos pela vida em sociedade. Deste processo pretende-se a distribuição de poder, bem como a reorganização das práticas assistenciais em saúde. Assim, não bastam discursos vazios contra a pobreza, mas sim trabalhar para a co-produção de sujeitos autônomos, potentes na luta por melhores condições sócio-culturais, por mudanças na relação entre Estado e cidadão, serviço de saúde e comunidade, profissionais e usuários, desbancando a idéia hierárquica de que o Estado, os serviços de saúde e os profissionais são os concessionores, enquanto o cidadão, a comunidade e os usuários são os beneficiários.

Subjacente a este entendimento tem-se duas concepções de saúde que se complementam. Uma delas se refere à possibilidade dos sujeitos serem normativos, de criarem novas normas para lidarem com as variabilidades do meio, de coletivamente inventarem resoluções para os problemas sociais postos; enquanto a outra trata a saúde como algo determinado socialmente, em outras palavras, aborda a saúde de uma população, por exemplo, como algo que se relaciona diretamente às condições de vida presentes.

Dessa forma, trabalha-se pela potencialização dos sujeitos e pela mudança das condições de vida da população. Isso se confirma na valorização dos saberes e das escolhas dos sujeitos que, assim, se fazem potentes para a transformação e produção de melhores condições de vida.

Nesta perspectiva de trabalho, cada sujeito tem a contribuir com os seus saberes para a melhoria nas condições gerais de vida, desde que um escute ao outro. Trata-se de uma via de mão dupla, em que profissionais e usuários, por exemplo, ensinam e aprendem. Juntos têm forças para a invenção de resoluções para os problemas que surgem no cotidiano, o que faz estes sujeitos se sentirem úteis, reforçando o

sentimento de pertinência à coletividade, com a construção de territórios vivenciais prazerosos, que envolvem relações de confiança e solidariedade, combinando trabalho inventivo com compromisso social (CARVALHO, 2005).

Nesta perspectiva, a participação preconizada não é aquela que envolve os sujeitos apenas na fiscalização e controle social sobre as políticas, mas, sobretudo, a que os concebe como imprescindíveis na construção e efetivação das ações em saúde.

Logo, todos os atores da saúde – gestores, profissionais, usuários, movimentos sociais etc. – são igualmente co-responsáveis e imprescindíveis no processo de co-construção de melhores condições de vida. Isso quer dizer que essa concepção de Promoção à Saúde preconiza as relações transversais entre os atores da saúde, por meio da democratização das informações e da descentralização do poder, é exigido de todos a contribuição para as mudanças sociais necessárias.

Neste contexto, trabalha-se pela produção da autonomia, pela capacidade de transformação do mundo, que, por sua vez, implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e a criação de formas para sua superação (FREIRE, 2003). Isso supõe sujeitos inventores e protagonistas da vida social.

As diferentes concepções de Promoção à Saúde se desdobraram, por sua vez, em ações diferenciadas. Estas, certamente, obterão resultados os mais diversos, no que diz respeito, por exemplo, à produção de sujeitos e de saúde. Em outras palavras, as duas concepções de Promoção à Saúde trazem conceitos e interesses distintos entre si, os quais se revelam nas ações – seja na relação entre usuários e profissionais de saúde; no objetivo ou no público alvo dessas práticas.

Baseada na primeira concepção, as ações visam à mudança individual de comportamentos considerados de risco. Dessa forma, elas são direcionadas, principalmente aos grupos de alto risco, essas ações são marcadas por relações verticalizadas dos profissionais aos usuários. Os *experts*, utilizando-se de um modelo educativo behaviorista, determinam como cada indivíduo deve agir para alcançar o modelo considerado por eles como o ideal de saúde (BUSS, 2000).

O modelo de Educação em Saúde priorizado neste contexto é marcado por um discurso higienista e normalizador, em que, por intermédio dos profissionais de saúde, os sujeitos são civilizados e moralizados a adotarem atitudes e comportamentos individuais, comprovados cientificamente como capazes de manter sua saúde.

Geralmente, trabalha-se com uma “representação congelada” deste usuário, assim não se consegue escutar a história de luta que carrega, a “força vital que porta e da qual sua própria sobrevivência em condições tão adversas é a prova mais cabal” (ONOCKO CAMPOS & CAMPOS, 2006, p. 685). Ao contrário são vistos como sujeitos que devem incorporar estilos de vida cientificamente comprovados como melhores e corretos.

Para a mudança de comportamentos e estilos de vida da população, então, os profissionais de saúde se apropriam de uma postura de superioridade em relação aos usuários, uma vez que consideram possuir o saber capaz de garantir a ausência de doenças. Neste movimento, desconsidera-se, muitas vezes, o saber do usuário sobre sua própria saúde e sua potencialidade de contribuir para as transformações desejadas no âmbito da saúde pública. Neste caso, o modelo de intervenção utilizado pelos profissionais é direcionado a exclusão de um determinado comportamento de risco, o que os leva a agir na tentativa de persuadir os usuários a terem escolhas saudáveis.

Essa prática de Promoção à Saúde acontece mediante a transmissão das informações e conhecimentos científicos sobre o modo como a população deve viver. Os usuários, neste contexto, permanecem como agentes passivos e dependentes da instituição e das prescrições médicas para a manutenção de sua saúde. Dessa forma, eles devem ser disciplinados a ponto de, ao ouvir os profissionais autorizados a discursar sobre o modo ótimo de se viver, acatar as regras padronizadas pelos *experts* e aceitar a realidade patente.

Os problemas relacionados à saúde são compreendidos, então, em suas manifestações individuais. Isso significa que as condições sociais, políticas e econômicas não são abordadas como determinantes no processo saúde-doença.

Logo, os sujeitos, independente das adversidades que vivem, devem se manter saudáveis.

É preconizado um consumo de bens e serviços capazes de assegurar o bem estar dos indivíduos, todavia não se coloca em análise, por exemplo, a marginalidade da população em relação ao acesso e ao consumo destes bens e serviços. A concepção de homem subjacente a essa prática de evitação de doenças é a de um sujeito – além de disciplinado – idealizado e detentor das condições mínimas necessárias á sobrevivência com dignidade: detentor de saneamento básico, educação, habitação, transporte e renda adequada, pelo menos para consumo de alimentos saudáveis e remédios adequados.

Baseado nesta concepção de sujeito deixa-se de considerar as desigualdades sócio-político-econômicas que influem diretamente nas escolhas dos sujeitos, nos comportamentos e nos estilos de vida adotados. Vale reforçar que a adoção de estilos de vida mais saudáveis está diretamente relacionada às possibilidades de escolhas dos sujeitos, que, por sua vez, se refere às condições sociais, econômicas e políticas que a população possui. Neste sentido, as especificidades dos sujeitos também acabam sendo deixadas de lado, especificidades estas que demonstram a existência de vários e distintos modos de levar a vida, que por serem diferentes não se tornam piores ou melhores do que os prescritos pelos profissionais de saúde.

O que se vê, comumente, é que não acontece a escuta das diferenças que se produzem no encontro, no caso, dos profissionais e usuários, e/ou quando se percebe essa diferença, os sujeitos se põem na defensiva. Não se quer lidar com o mal estar do outro, paira o medo do desconhecido, o lema é manter a ordem, de tal forma que cada um deve dar conta de seus problemas, entendidos como “pessoais”. No máximo, os profissionais, buscando a causa do problema, devem apresentar soluções para o sofrimento apresentado, já que foram formados para darem respostas e não para acessarem sentimentos.

Todavia, o sofrimento quando não problematizado – “ou seja, quando não é acolhido como sinal de uma diferença que pede escuta” – ele continua reverberando, de tal

forma que pedirá passagem de alguma forma, mesmo que seja por meio do adoecimento do corpo biológico (ROLNIK, 1995, p.09).

Obstruídas as saídas, a vida fica acuada e, aí sim, há grandes chances de se produzirem situações devastadoras: é que a qualidade da vida tem a ver com o grau com que esta se afirma em sua potência criadora, e esse grau depende do quanto se está encontrando modos de expressão para as diferenças que vão se produzindo nas misturas do mundo, as quais se fazem à sombra de suas formas visíveis (ROLNIK, 1995, p.10).

A prática baseada no modelo prescritivo de conduta, portanto, nos leva a pensar que a autonomia dos sujeitos fica prejudicada, uma vez que suas opções de escolha ficam limitadas pelas exigências prescritivas dos *experts*, afirmando a pretensão de produção de indivíduos normalizados e submissos, que devem respeitar a hierarquia posta.

Fala-se de pretensão, pois, mesmo diante das variadas determinações do saber médico sempre haverá resistências no sentido de assegurar a gestão sobre seu próprio corpo, de agir como lhe parece melhor, de acordo com seus interesses e valores, de viver, de se curar ou de morrer do seu próprio jeito. Daí, a restrita efetividade, muitas vezes, das ações marcadas por posturas verticalizadas e autoritárias. Porém, vários autores apontam que há sempre uma margem de liberdade e autonomia para a ação humana. Somos instituídos e instituintes. Por mais sujeitados que aparentemos ser, sempre existirão fluxos irreprimíveis. (CECÍLIO, 2007; DELEUZE, 1992; FOUCAULT, 1979, 1977; LOURAU, 2004; SCHWARTZ, 2000).

Por sua vez, a segunda concepção de Promoção à Saúde resulta em ações voltadas à participação da população na resolução dos problemas relacionados à saúde. Em outras palavras, os atores da saúde – profissionais de saúde, usuários, gestores, movimentos sociais dentre outros – trabalham conjuntamente no processo de análise do cotidiano para a tomada de decisões e para a invenção de outros modos, outras posturas, outras formas de se fazer saúde. Todos os atores são responsabilizados por suas escolhas, sem serem culpabilizados.

Anuncia-se, nesta prática, um sujeito que não é passivo, subordinado às determinações do meio, um mundo e um sujeito, mas um *entre*, um sujeito que é

construído incessantemente, resultante de um processo de invenção, que se dá na relação como o outro. Isso significa que o sujeito é reconhecido como imprescindível nas negociações cotidianas de mudança, afetando e sendo afetado pelo outro.

Neste caso, o modelo educativo utilizado se destaca por seu caráter relacional e não hierárquico, no qual o usuário e o profissional, com seus saberes diferenciados, contribuem para a Promoção à Saúde, bem como para as transformações sociais.

O modelo de Educação em Saúde utilizado – resultado do movimento de resistência contra a idéia de que os serviços de saúde, na figura dos profissionais de saúde, detenham todo o saber capaz de guiar a vida das pessoas – trabalha com a perspectiva de que a transversalidade da relação profissional-usuário é potente à transformação social necessária.

Desmistifica-se a idéia da existência de territórios tão bem marcados e fechados – do não saber e do saber – assim, outros saberes passam a circular e fluir para a co-construção de sujeitos e mundos potentes (COIMBRA, 1990).

Este outro modelo de Educação em Saúde vai nortear as ações de Promoção à Saúde voltada à luta e à participação de todos os atores da saúde por melhores condições de vida. Assim, as ações educativas não são direcionadas à transferência de conhecimento, mas à criação das possibilidades para sua produção e construção nos espaços de debate e discussão de idéias para a resolução de problemas. Neste movimento, os sujeitos são vistos como cidadãos portadores de direitos, e não como pessoas que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas (FREIRE, 2003).

Carvalho (2004b) assinala que estes dois modelos de Promoção à Saúde têm coexistido nos serviços de saúde, sem que haja, entretanto, uma discussão de sua eficácia e das conseqüências para a população.

Dessa forma, faz-se importante, e aí o objetivo deste estudo, analisar, justamente, as formas como se dão as ações de Promoção à Saúde no nível da Atenção Básica, atentando-se para os conceitos que as embasam, a maneira como acontecem, a forma como se relacionam os atores envolvidos nessa ação. Com isso,

pretendemos, de posse da base teórica utilizada neste estudo, problematizar sobre as formas-subjetividade e os modos de subjetivação que vêm sendo engendrados a partir dessas práticas, bem como a concepção de mundo e de saúde que estão sendo produzidas nestes encontros.

Assim, a análise das ações de Promoção à Saúde, especificamente na forma como vêm sendo executadas, possibilitará a observação sobre a possibilidade de produção de sujeitos subjugados, disciplinados, submissos, que devem atender às ordens daqueles que “sabem mais”. Ou, ao contrário, se o que se está afirmando é a autonomia dos sujeitos, que implica na consciência da importância do outro para a invenção de normas que favoreçam a vida. A análise repousa então em verificar os momentos em que tais práticas operam com a idéia de um mundo já dado, determinado, em que restam aos sujeitos acatar as determinações deste meio e momentos nos quais o entendimento é de um mundo instável, imprevisível, aberto, à invenção constante, no qual se proclama o primado da mudança, da transformação, do movimento.

Para o reconhecimento dessas diferentes produções sustentadas pelas ações de Promoção à Saúde, focamos a atenção, neste estudo, nas relações entre usuários e profissionais de saúde, já que entendemos que são nestes encontros em que se materializam as concepções de homem, mundo e saúde com as quais se trabalham. Desta forma, se pode ver também com qual concepção de Promoção à Saúde se está operando.

5 PROMOÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A partir do século XIX, as políticas de saúde pública se intensificaram no país: foram criados e implementados serviços e programas de saúde pública em nível nacional, que, inicialmente, funcionou nos moldes do modelo campanhista de intervenção, caracterizado por um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social, a fim de assegurar a boa circulação de mercadorias voltadas, principalmente, à exportação, bem como a preservação dos corpos, tidos como força de trabalho, garantindo a crescente produção econômica do Brasil.

Já dos anos 1930 aos 1950, foram criados os Institutos de Seguridade Social. A partir daí, a saúde passou a ser vista prioritariamente como uma concessão do governo à população que contribuía com a Previdência Social, o que tornava o serviço médico inacessível à maior parte da população brasileira (LIMA et al., 2005).

Neste contexto emergiu uma grande insatisfação popular, a qual ocasionou a articulação de movimentos sociais que, em conjunto, tentaram o estabelecimento de estratégias comuns de questionamento e propostas de mudanças das políticas sociais do país, no sentido de assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, incluindo o direito à saúde também como dever do Estado, não mais como um benefício e concessão à população. Assim, a Reforma Sanitária tornou-se um tema original face à história das políticas sociais no Brasil.

Por algum tempo este movimento denominado Movimento da Reforma Sanitária subsistiu na clandestinidade – já que se vivia em um Regime Militar. Com o fim deste regime e com lideranças do movimento sanitário assumindo posições importantes dentro das instituições responsáveis pela política de saúde do país foi possível a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde – Democracia é Saúde, que lançou os princípios da Reforma Sanitária a ser implantada pelo governo (LIMA et al., 2005).

De tais princípios se extraía a proposta de fortalecimento e de expansão do setor público, o que fez com que a saúde fosse assegurada como um direito de cidadania

e responsabilidade do Estado. O conceito de saúde se ampliava, passando a abarcar o acesso das pessoas a um emprego com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer, além evidentemente do acesso a um sistema de saúde de qualidade. Associado a isso, tal Conferência aprovou ainda a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde, que tinha como princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social.

Um ano mais tarde essas propostas chegaram à Assembléia Nacional Constituinte, para que em 1988 estivesse na nova Constituição do Brasil, especificamente nos artigos 196 e seguintes.

Diz o artigo 196 da Constituição que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Estas ações e serviços, por sua vez, foram organizados de forma regionalizada e hierarquizada, por meio de um Sistema Único de Saúde regido pelas seguintes diretrizes, de acordo com o artigo 198 da Constituição (BRASIL, 1988):

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A Constituição traz, portanto, a questão da distribuição de competências entre os entes da federação, sem, em tese, impor hierarquias entre os mesmos, bem como a importância da integralidade e da participação popular para a completude na prestação do serviço de saúde, o qual, neste instante, não era mais benefício estatal, mas direito de todos e dever do Estado.

A partir de tais ordens constitucionais materializadas nos artigos 196 e seguintes, foram promulgadas as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de

dezembro de 1990, para regulamentar o capítulo de saúde da Constituição, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, incluindo determinações para a participação da comunidade na gestão do SUS e as regras de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b).

Com base nessas leis, para garantir a consolidação do SUS e conseqüentemente da Atenção Básica foram criados, ao longo dos anos, Normas Operacionais Básicas (NOB / 1991, 1992, 1993 e 1996) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS / 2001 e 2002), as quais entraram em vigor a partir de portarias do Ministério da Saúde, e visaram a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde, tal como preconizado pelo artigo 198 do texto constitucional.

Neste processo de organização do sistema de serviços de saúde, especificamente por meio do NOB 96, publicado mediante a Portaria nº 2.203 do Ministério da Saúde, coube aos municípios a implementação das propostas de mudanças do modelo de atenção à saúde, por meio da priorização da Atenção Básica para atender aos problemas de saúde da população. Tratava-se da porta de entrada do sistema. Por sua vez, a União e os Estados se responsabilizaram, dentre outras atribuições, por cooperar com os Municípios no provimento técnico e financeiro necessário para as ações deste nível de atenção (BRASIL, 1996).

Também neste contexto de organização do SUS, em 1994 o Ministério da Saúde fixou o Programa da Saúde da Família como uma política nacional estruturada, o qual surgiu como reorganizador da Atenção Básica, exigindo dos profissionais uma aproximação com a comunidade, elegendo-se, assim, a família e o espaço social como campo de abordagem para a construção de um sistema de saúde de qualidade (LIMA et al., 2005).

Aconteceram também, com o mesmo intuito de efetivação dos princípios do SUS, as Conferências Nacionais de Saúde, que tiveram como pauta: a municipalização, o financiamento, o modelo assistencial, o controle social, o acesso, a qualidade, a humanização do sistema dentre outros temas.

Destas Conferências, especificamente a XII Conferência Nacional de Saúde de 2003 subdividiu o seu tema central – “Saúde um direito de todos e dever do Estado; a saúde que temos, o SUS que queremos” – em dez eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde (LIMA et al., 2005).

De tantas discussões surgiram importantes normas vinculadoras, dentre as quais as Portarias que difundem o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399 de 22.02.2006), as que integram a Política Nacional de Atenção Básica (Portarias nº 648/GM de 28.03.2006, nº 649/GM de 28.03.2006, nº 650/GM de 28.03.2006, nº 822/GM de 17.04.2006 e nº 2.133 de 11.09.2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM DE 30.03.2006).

Tais portarias, por sua vez, são fontes diretas de orientação e regulamentação das ações que acontecem no nível da Atenção Básica, refletindo na forma de trabalhar das Unidades Básicas de Saúde. É importante frisar, que se trata de uma via de mão dupla, visto que as ações presentes nas Unidades também podem atuar na orientação dessas políticas e portarias editadas, pelo menos em teoria.

Neste contexto, tem-se o Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde, que se divide em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – aprovado em reunião da Comissão Intergestora Tripartite, envolvendo os gestores do SUS nos âmbitos municipal, estadual e federal, e publicado por meio da Portaria nº 399 de 22.02.2006, com o intuito, em tese, de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde.

Foi a partir da percepção pragmática de estratificação das propostas em saúde que surgiu a idéia de um contrato envolvendo os três entes federativos, para maior efetivação das diretrizes e dos princípios do SUS de forma articulada e compartilhada, com respeito às diferenças regionais.

Para a formalização deste Pacto, em suas dimensões Pela Vida e de Gestão, foi criado um Termo de Compromisso de Gestão firmado entre os âmbitos municipal, distrital, estadual e federal, que consta as responsabilidades de cada ente em relação às ações e serviços de saúde. Estes termos, em sua esfera estadual e municipal, podem ser acrescidos de metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação, assim como pode haver revisões às metas de acordo com avaliação feita anualmente pela Comissão Intergestora Bipartite e a Comissão Intergestora Tripartite.

Como dito, uma das dimensões do Pacto pela Saúde 2006 é o Pacto pela Vida, no qual ficaram estabelecidas algumas prioridades nacionais, cabendo aos estados/região/municípios pactuarem entre si as ações necessárias para cumprimento dessas prioridades. São elas: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção à Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica, com priorização da ESF. Neste Pacto ficou definido e vinculado, ainda, os recursos financeiros destinados a cada uma dessas prioridades.

Especificamente no que tange à meta “Promoção da Saúde” a ênfase recai sobre a atividade física regular e a alimentação saudável, de tal forma a responsabilizar os indivíduos pela implementação dessa meta. Consta, neste pacto, como objetivos para a Promoção à Saúde:

- a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- d. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006 (BRASIL, 2006a, p.13).

Dentre os objetivos trazidos pelo Pacto pela Vida, no que refere a meta “Promoção

da Saúde”, a criação de uma Política específica se fez fortemente presente, além da idéia de mudanças de comportamento da população, principalmente no que se refere à alimentação e a prática de exercícios físicos.

Assim, diante das três dimensões do Pacto pela Saúde, foi necessária a elaboração de outros documentos que garantissem a sua efetivação. Consta no próprio corpo do texto de tal Pacto a tarefa de produzir documentos para a sustentação das prioridades trazidas pelo Pacto. Com isso, a União, cumprindo o que foi pactuado, elaborou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para orientação das práticas em saúde.

Nesse contexto, por meio das Portarias nº 648/GM de 28.03.2006, nº 649/GM de 28.03.2006, nº 650/GM de 28.03.2006, nº 822/GM de 17.04.2006 e nº 2.133 de 11.09.2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica que encara este nível de atenção como termo inicial para estruturação dos sistemas locais de saúde e a ESF como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no país. Para tanto, estabelece as responsabilidades de cada ente federativo diante dessa estratégia prioritária, bem como as atribuições dos profissionais, as características do processo de trabalho, as regras de financiamento, a infra-estrutura e os recursos necessários.

Nesta Política, a Promoção à Saúde aparece como uma das áreas estratégicas de atuação no âmbito nacional para operacionalização da Atenção Básica, tal como as áreas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal, controle da diabetes *mellitus*, controle da hipertensão arterial, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e eliminação da desnutrição infantil, podendo ser agregadas, no que consta, outras áreas de acordo com as necessidades regionais. Cada uma dessas áreas estratégicas se dividem em programas que vão orientar as ações de saúde.

A Promoção à Saúde se destaca ainda como objetivo do processo de trabalho da Atenção Básica e da ESF e como atribuição comum de todos os profissionais que compõem as equipes básicas de saúde e as equipes de saúde da família. Isso se confirma, por exemplo, quando a PNAB, no item 4, do Capítulo II, do Anexo, da

Portaria nº 648/GM/2006, estabelece: o desenvolvimento de ações intersetoriais, com a integração de projetos sociais e de setores afins; a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive e a promoção e o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

É importante destacar, dentro da Política, o que diz respeito ao financiamento da Atenção Básica, constante no Capítulo III, do Anexo da Portaria nº 648/GM/2006. Neste trecho da Política foi afirmado o Piso da Atenção Básica, um montante *per capita* previamente fixado e destinado ao desenvolvimento das ações neste nível de atenção. Este Piso, por sua vez, pode ser anualmente corrigido mediante cumprimento das responsabilidades e estratégias mínimas de Atenção Básica que os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção primária, que compreende as áreas citadas acima (BRASIL, 2006b).

Apesar de todo este movimento de fortalecimento do SUS e da ampliação do poder dos municípios por meio, dentre outros, do processo de descentralização, o MS permanece com “grande poder de indução de políticas e mesmo de desenhos de projetos e programas, isso em virtude do desequilíbrio do poder político, financeiro e técnico existente entre a União e os demais entes federados” (CAMPOS, 2006, p.424). O autor afirma que o repasse regular e automático de recursos do MS aos estados e municípios existe, contudo isso não significou necessariamente a ampliação da autonomia e do poder dos municípios de elaborar seus próprios projetos de saúde.

O SUS, ao longo destes anos, se estruturou de forma bastante descentralizada – o que se confirma, por exemplo, na criação deste Piso *per capita*, que elimina em tese a remuneração por procedimentos – obrigando a União e os estados a considerar o poder alcançado pelos municípios, todavia o financiamento permanece como um instrumento de poder do MS, já que essa instituição condiciona alguns repasses à execução de programas e procedimentos previamente estabelecidos.

Vale destacar que essa postura pode levar até mesmo ao comprometimento das próprias metas almejadas por determinados programas, uma vez que os municípios

podem incorporá-los sem uma discussão coerente de suas propostas, ou até sem entender o seu motivo de ser (BAPTISTA, 2007; CAMPOS, 2006).

Prevalece, portanto, na prática, segundo Campos (2006), a supremacia do governo federal na definição das políticas de saúde, sobre os outros entes da federação e destes governos sobre os outros atores sociais, o que pode resultar em políticas descontextualizadas e pouco efetivas. Quanto a isso, Baptista (2007) pontua a importância dos estados e municípios se afirmarem na elaboração de políticas condizentes com suas regiões ao invés de apenas criticar o MS pela “centralização decisória e indução financeira de recursos”. A autora convoca os estados e municípios a saírem de suas situações cômodas, em que se garantindo a tutela do MS mantém seus benefícios e seus recursos para a sustentação de suas “políticas locais sem uma responsabilização maior de seus orçamentos próprios ou o compromisso com uma agenda política mais extensiva” (p.625).

Na forma do disposto no Capítulo III supra mencionado, os municípios devem enviar sua produção de serviços referentes ao PAB ao Estado, que por sua vez a envia ao Ministério da Saúde, que monitora essas informações. O não abastecimento dos bancos de dados nacionais de informação (Sistema de Informação: Ambulatorial, Atenção Básica, Mortalidade, Nascidos Vivos, Vigilância Alimentar e Nutricional, Agravos de Notificações, Programa Nacional de Imunização), por parte dos municípios, acarreta na suspensão do repasse de recursos do PAB pelo MS aos municípios, até adequação das irregularidades identificadas.

Feita as devidas pontuações em relação ao financiamento e o próprio processo de descentralização, que vão influir nas práticas em saúde. No que diz respeito à Promoção à Saúde é certo concluir que ela se destacou ainda mais com a publicação de tal Política, o que impulsionou o lançamento de uma Política específica de Promoção à Saúde, cumprindo às diretrizes do Pacto pela Saúde.

Dessa forma, por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A PNPS tem como proposta ser transversal, integrada e intersetorial, envolvendo os diversos setores sociais – que influem diretamente no estado de saúde das populações – como co-responsáveis pela produção de saúde. Anuncia como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c, p. 17).

Para tanto, o item introdutório da Política afirma uma visão ampliada do processo saúde-doença, para além das possibilidades resolutivas de conhecimentos técnicos científicos, afirmando a saúde como “resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico” (BRASIL, 2006c, p. 09). Assim o processo saúde-doença, além de ser afirmado como efeito das condições de vida das populações, se vincula à história individual e coletiva dos sujeitos.

Dito isso, a PNPS aponta a Promoção à Saúde como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no Brasil, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; já que a Promoção se propõe a trabalhar com perspectivas mais amplas de intervenção na saúde.

Para tanto, em conformidade com as propostas trazidas pelo movimento da Reforma Sanitária e das Cartas da Promoção da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, em seu item introdutório, destaca a importância da participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores. Propõe-se, assim, um estar junto que ultrapassa a execução de ações em saúde, abarca a construção compartilhada de práticas e conhecimento no campo da saúde, envolvendo os sujeitos no planejamento e na análise das ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Requer, ainda, o reconhecimento de todos os atores das necessidades percebidas e vivenciadas pela população no seu território.

Assim, a efetivação da proposta da Promoção à Saúde, segundo trazida na PNPS, envolve um conjunto de situações (necessárias para fomentar a saúde) que são muito mais amplas do que as especificidades técnicas poderiam suprir; demanda um trabalho em rede, a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde, a construção da intersetorialidade. De acordo com a PNPS:

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006c, p.13).

Nesta construção coletiva de saúde, a PNPS atenta-se para o fato de que nestas relações estão sendo produzidas subjetividades, que no caso da proposta da Promoção à Saúde pretendem-se subjetividades inventivas, participativas, mais ativas, críticas e solidárias.

A PNPS traz, portanto, neste item, a importância de perceber as escolhas dos sujeitos e coletividades como algo histórico, processual e dinâmico, pertencente à ordem coletiva, e não apenas como responsabilidade exclusiva do indivíduo, que “não quis”, por exemplo, adotar determinado comportamento indicado como saudável.

A PNPS segue indicando seus objetivos de efetivação da proposta da Promoção à Saúde por meio da implementação de ações, principalmente no nível da Atenção Básica, voltadas a potencialização da autonomia dos sujeitos e a extinção de todo e qualquer tipo de desigualdade. Valorizam-se como diretrizes: a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade.

A PNPS estabelece ainda responsabilidades para cada ente federativo referentes, por exemplo, ao acompanhamento e avaliação das ações em Promoção à Saúde, bem como ao financiamento e divulgação de resultados de tais ações. No que diz

respeito às responsabilidades dos gestores municipais é de se destacar as seguintes responsabilidades:

Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;

Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;

Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;

Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;

Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório (BRASIL, 2006c, p,27).

Com exceção da primeira responsabilidade listada acima, todas as demais são exclusiva do gestor municipal.

Em seguida às responsabilidades traçadas para cada ente da federação, foram eleitas algumas ações prioritárias para o biênio 2006-2007, voltadas a: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável.

As ações necessárias ao alcance dessas prioridades são detalhadas pela própria PNPS. No entanto, percebem-se contradições nessas ações específicas, que não condizem com o que é preconizado ao longo do texto da Portaria.

A parte introdutória da Política traz uma concepção de Promoção à Saúde que aposta na potencialização da autonomia dos sujeitos, o que remete a participação de todos os atores sociais para a construção da rede de saúde. Inclusive consta como um dos objetivos específicos da Política a ampliação da autonomia e co-responsabilidade dos sujeitos. Contudo, quando são trazidas as ações específicas de Promoção à Saúde, predomina um modo de atuação verticalizado, em que cabe, por exemplo, ao profissional produzir e distribuir materiais educativos voltados a uma alimentação saudável – “Guia Alimentar da População Brasileira, 10 Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade e Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos” (BRASIL, 2006c, p.31). Não que a alimentação saudável não seja importante, todavia a forma como é proposta pode reforçar a idéia de que são os profissionais quem possuem todo o saber e as informações necessárias ao melhor viver da população. Além de propagar a idéia de um modelo de se viver bem (desconsiderando o saber do outro a respeito de sua própria vida) pode deixar de levar em conta os tantos outros fatores (econômicos, sociais, culturais dentre outros) que se relacionam a uma alimentação não saudável, por exemplo.

A análise minuciosa da PNPS realizada por Peixoto-Pinto (2008), confirma essas contradições e aponta que, apesar do texto introdutório e dos objetivos da Política trazerem algumas concepções inovadoras para o campo da saúde, as ações propostas assumem um caráter coercitivo, sendo voltadas à mudança de comportamento, na garantia de um ideal de saúde. A PNPS se aproxima muito à proposta da Prevenção de Doenças, não em seus princípios, mas nas ações sugeridas.

A PNPS reforça o entendimento que as ações de Promoção devem ressaltar o papel do indivíduo na adoção de hábitos prescritos como saudáveis. Isso se confirma quando o texto orienta os profissionais a aconselharem, a sensibilizarem e a capacitarem à população, por meio de ações educativas, a adotarem estilos de vida saudáveis. Diante disso, Peixoto-Pinto (2008) sobressai o perigo que, na prática, essas questões resultarem em ações verticalizadas, autoritárias, embasadas nas idéias higienistas de intervenção.

Segundo a autora, o texto é marcado, em seu item sobre as ações, por “prescrições, orientações universais e modelos idealizados” (p.82), e não prevê a valorização das singularidades nas ações propostas, tampouco a idéia de construção coletiva de ações. Ao contrário, trabalha com modelos universais de verdades como capazes de dar conta da totalidade da vida dos sujeitos. Dessa forma, mais uma vez, os profissionais assumem um lugar de destaque, cabendo a eles ditarem as verdades para a “saúde perfeita”. Inclusive, as ações de avaliação sugeridas na PNPS são de competência exclusiva dos profissionais, não incluindo a participação social.

Para a autora, o discurso, trazido pelo o texto ora mencionado, é politicamente correto, mas suas proposições de ações são pouco claras. Exemplo disso é a falta de referência clara, ou ênfase, em ações concretas voltadas ao desenvolvimento econômico, o qual é valorizado no corpo da Política; também serve de exemplo a falta da discussão sobre a viabilidade das propostas intersetoriais.

Tais contradições presentes no corpo do texto da PNPS parecem corroborar o pensamento de Caponi (1997) que afirma ser mais simples normatizar condutas e prescrever como o outro deve agir para se manter saudável, do que trabalhar coletivamente pela criação de melhores condições de vida para toda a população.

São muitas as contradições encontradas entre as concepções e as ações propostas pela Política. É clara a dificuldade de traduzir os princípios trazidos em seu item introdutório em práticas coerentes de Promoção à Saúde. Com isso se reforça a importância de perceber essas questões na prática, como as ações vêm se dando no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, essa pesquisa vem justamente contribuir com este entendimento, na medida em que se propôs analisar como ocorrem, na prática, as ações de Promoção à Saúde no nível da Atenção Básica no município de Vitória – ES, principalmente no que diz respeito às relações construídas entre os atores envolvidos.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como ocorrem, na prática, as ações de Promoção à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória – ES, circunscritas à macrorregião de Maruípe, especialmente no que diz respeito às relações entre os atores envolvidos nessas ações.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar quais ações são consideradas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde como de Promoção à Saúde;
- Descrever o cenário em que estas ações acontecem;
- Investigar os entendimentos que profissionais e usuários têm em relação à Promoção à Saúde;
- Verificar quais são as problemáticas/dificuldades enfrentadas pelos profissionais para execução destas ações;
- Investigar como os usuários participantes das ações de Promoção à Saúde as percebem e as valorizam.

7 MÉTODO

7.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A história da existência humana é marcada pela tentativa do homem de explicar os acontecimentos que o rodeiam. Neste ímpeto de investigação, de tentar dar conta das questões que o atormentavam, surgiram instrumentos de conhecimento, como por exemplo, as religiões, a filosofia, os mitos, a arte, o senso comum, a ciência, conforme trazido por Minayo (2006).

Por muito tempo dominaram as explicações trazidas pela religião, pela filosofia, pelo senso comum; isso até a criação do modelo global de racionalidade científica, que fez da ciência a forma de conhecimento mais legítima da sociedade moderna. Os cientistas conseguiram estabelecer uma linguagem universal, fundamentada em conceitos, técnicas e métodos para compreensão daquilo que se queria estudar, o que remeteu à negação do caráter racional de outras formas de conhecimento, que não estavam pautadas pelas suas regras epistemológicas e metodológicas.

Seguir as regras epistemológicas e metodológicas deste paradigma dominante significava se despir de qualquer sentimento, valor moral e posição política, a neutralidade do pesquisador frente a seu objeto de pesquisa, o distanciamento do observador quanto ao que deveria ser observado, significava se aproximar da lógica matemática que possibilitava a criação de teorias e leis universais de regulação dos fenômenos naturais e sociais.

O pensamento positivista clássico predominou com a idéia de que o mundo social operava de acordo com leis causais últimas, deixando de abordar as concepções dos sujeitos sobre sua vida, sobre sua saúde, assim como os conflitos e tensões que faziam parte da maquinaria de produção dos fenômenos sociais. Desprezava-se, assim, qualquer aspecto subjetivo, já que estes não podiam ser sintetizados em dados estatísticos, a fim de alcançar a neutralidade e objetividade preconizada pelo positivismo (MINAYO, 2006).

No entanto, estes pressupostos metodológicos começaram a ser questionados, principalmente nas ciências sociais, uma vez que não respondiam aos graves problemas sociais presentes. Isso porque, dentre outros motivos, buscavam-se criar leis universais para se resolver todas as questões, independente do tempo e do espaço em que se configurava o problema em pauta (MINAYO, 2006).

Com isso outros pressupostos foram se afirmando, partindo da idéia de que existem outras formas de se conhecer a realidade além do trazido pelo paradigma dominante. Essa outra forma de se conhecer, denominada por Santos (2003) de paradigma emergente, considera o tempo e o espaço, assim como a concepção que se tem de mundo, de homem e de produção do conhecimento como importantes na construção de análises referentes aos problemas sociais.

Em outras palavras, este novo paradigma, no qual nos embasamos, trabalha com a idéia de que os resultados de uma pesquisa estão diretamente ligados ao lugar e ao tempo em que ela se realizou, bem como aos pressupostos metodológicos evocados por ela. Essa escolha nos abriu a possibilidade de acesso às relações patentes nas ações de Promoção à Saúde – objetivo dessa pesquisa – já que considera relevante os sentidos atribuídos aos fenômenos pelos sujeitos de pesquisa, pelo pesquisador e pelo pesquisado, não posicionando o sistema de crenças e valores antes ou depois da explicação da natureza ou da sociedade, mas como partes integrantes dessa mesma explicação (SANTOS, 2003).

Com essa postura, afirmamos que as análises resultantes dessa pesquisa não são absolutas, universais, definitivas, mas análises possíveis em um dado tempo e espaço. Reconhecemos que as ações analisadas falam de um contexto específico, geograficamente datado, o que significa um entendimento dessa ação como dinâmica, mutante, em processo de construção contínua.

Santos (2003) afirma que o paradigma dominante vive atualmente uma crise, o que remete à construção de um novo paradigma, que é científico, mas também é social. Assim, não basta produzir ciência, tecnologia, conhecimento, é necessário que tudo isso se reverta em “sabedoria de vida” (p.91), em senso comum, para a construção de uma “racionalidade feita de racionalidades” (p.90).

A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo (SANTOS, 2003, p. 88).

Essa forma de produzir conhecimento considera como importante as observações da vida cotidiana dos sujeitos nas sociedades, com seus costumes, regras, exceções e conflitos; abrindo-se à escuta dos sujeitos, buscando compreender os pontos de vistas de cada sujeito sobre o seu próprio contexto.

Afirmamos aqui uma ciência que trabalha com objetos e sujeitos históricos, processuais e dinâmicos, que se constroem em um dado tempo e espaço e estão em constante mudança. Nesta perspectiva argumenta-se que os fenômenos sociais, apesar de suas possibilidades de análises, de regularidades e frequências, têm também relações históricas, representações, pontos de vistas a serem analisados, e assim como as práticas, as teorias são produzidas a partir dos interesses, dos preconceitos e das concepções de mundo dos sujeitos envolvidos em uma dada realidade (MINAYO, 2006).

Neste estudo, o sujeito é entendido como inventor da história, de diferenças, de mundo, o que marca a importância de se conhecer os significados e as intencionalidades atribuídas por eles aos atos, às relações e às estruturas sociais para a compreensão, pelo menos em parte, das construções humanas.

Diante disso, optamos pela abordagem qualitativa como estratégia metodológica desta pesquisa, pois envolve, justamente, os sentidos dados pelos sujeitos na construção dessa realidade mutante, que constrói verdades, contradições, vida, morte, submissão e participação. Entendemos que a abordagem qualitativa possibilita a compreensão das práticas de Promoção à Saúde e mais especificamente das relações presentes no cotidiano dessas ações. Essa abordagem, portanto, se apresentou mais adequada aos objetivos trazidos por este estudo, nos possibilitando captar o processo dinâmico das ações pesquisadas.

A abordagem qualitativa contribuiu para este estudo, que fala de relações, pois ela atribui à história (tempo e espaço), às representações, às crenças, às percepções,

às opiniões, aos sentidos dos atos humanos, aos consensos e aos conflitos, às contradições, às subordinações e às resistências um papel especial (MINAYO, 2006; ALVES-MAZZOTTI, 1999).

Na medida em que reconhecendo a importância da concepção de mundo, de homem e de conhecimento trazidos pelo pesquisador no ato da pesquisa, desde a escolha do tema até o processo de análise dos dados, fica inviável falarmos de neutralidade. Entendemos que a pesquisa é perpassada pela intervenção do pesquisador, assim como pelas relações estabelecidas no ato da pesquisa, momento em que o pesquisador se afeta e é afetado pelo “objeto” a ser pesquisado.

No entanto, é importante ressaltar que esta postura, valorizada nesta pesquisa, não significou ausência de rigor com o que estava sendo pesquisado, mas uma outra forma de ver e sentir a realidade para além das dicotomias subjetividade/objetividade, sujeito/objeto, pesquisador/pesquisado. O rigor foi perseguido na medida em que estivemos atentos para que os nossos preconceitos e convicções não se sobrepujassem o inusitado daquilo que poderíamos ver e ouvir durante a pesquisa.

Neste nosso processo de investigação, a objetivação se deu pelo reconhecimento da complexidade do “objeto”, o que nos levou a teorizar, a rever criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema estudado, a estabelecer conceitos e categorias, a utilizar técnicas adequadas para as análises específicas e contextualizadas do “objeto”. Recusam-se, assim, os discursos ingênuos e ao mesmo tempo busca formas que reduzam a incursão excessiva de juízo de valores na pesquisa científica (MINAYO, 2006).

É nosso intuito que a objetividade seja alcançada pela exposição das análises feitas à crítica de nossos pares, o que auxilia na identificação dos vieses do pesquisador, decorrentes de sua experiência individual, sua inserção social e sua história (ALVES-MAZZOTTI, 1999).

Assim como o pesquisador traz para o campo algumas concepções sobre o que está sendo pesquisado, os sujeitos pesquisados também, com sua visão de mundo

historicamente produzida, dão sentido às suas ações e construções. No encontro entre investigador e investigado, estes sentidos são trocados, se estabelece uma relação psicossocial em que ambos são afetados. Essa relação foi considerada parte importante dessa pesquisa, já que é justamente nessa relação, dos homens entre si e com o meio ao qual pertence, que o pesquisador se aproximou da realidade que se estava investigando, bem como da possibilidade de transformá-la, lembrando que a realidade é aqui entendida como aquela que não se esgota, que está sempre em movimento, em construção.

A construção de idéias e de teorias acontece no dia-a-dia dos homens, é a partir das práticas cotidianas que se materializam as inquietações e problematizações que o levam a buscar a construção de conhecimentos, que dêem conta, pelo menos em parte, dessas questões. Neste processo de inquietações e construções teóricas torna-se imprescindível que o pesquisador social atue, também, no sentido de se co-responsabilizar pela aquela realidade estudada.

O pesquisador tem implicações e responsabilidades com o que está sendo pesquisado, impossibilitando o distanciamento do processo de pesquisa. O ato de pesquisar requer a problematização da situação em que estamos, como estamos e o que estamos fazendo deste mundo.

O papel das ciências sociais, apontado por Minayo (2006), consiste justamente em evidenciar a significância da dinâmica da sociedade a seus contemporâneos. Dessa forma, acreditamos ser possível transformar os grandes problemas sociais em questões públicas, em favor das mudanças sociais, colaborando para que os cidadãos, ao sair de seus limites individuais, sintam-se parte de uma história à qual sua biografia está estreitamente vinculada.

Mais uma vez ressaltamos que isso não significa uma ausência de rigor, uma impossibilidade de criação de momentos de distanciamento crítico em relação a determinado campo. Isso é possível, mas é certo que existe uma tensão entre a necessidade de manter um recuo para a análise crítica do que está sendo pesquisado e a identificação excessiva do pesquisador com a realidade pesquisada. Daí apontar a importância de se alcançar uma síntese entre o militante e o cientista

social, possível na medida em que adotamos uma “reflexividade reflexa”, ou seja, que problematizamos sobre as análises resultantes do estudo, atentando para que os preconceitos e valores do pesquisador não sejam tomados como verdades absolutas, que acabem por excluir questões relevantes construídas no ato da pesquisa (DALBELLO-ARAÚJO, 2008).

7.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

7.2.1 Trajetória do estudo

Neste item descreveremos a trajetória deste estudo, certos de não ser possível retratar em palavras todos os encontros, trocas, inquietações e emoções que surgiram ao longo destes dois anos. Os grupos de estudo, a construção do projeto, a qualificação, o banco da Unidade, o percurso do ponto de ônibus à Unidade de Saúde, o cansaço, a ausência do entrevistado no dia marcado, a escolha da Unidade, o cotidiano, as conversas de corredor, os desabafos. Todos estes momentos e tantos outros fizeram de nós outros profissionais, outros pesquisadores, outras pessoas.

É importante ressaltar, ainda, que essa pesquisa foi feita por várias mãos, desde a elaboração do projeto, passando pelo trabalho de campo até a preparação dessa dissertação, razão pelas quais as transformações foram compartilhadas com todos que estiveram presentes de uma forma ou outra neste estudo, seja como ouvintes das nossas discussões, seja como leitores do que era escrito, seja como envolvidos diretamente por meio das entrevistas.

Essa estreita relação com o outro confirma a idéia da pesquisa qualitativa como processo de negociação cotidiana, em que se depende das outras pessoas, dos lugares e do tempo para a sua concretização. Afirmamos, com isso, que apesar de possuímos um projeto a nos orientar no campo, foi a dinâmica do cotidiano quem ditou, na maior parte do tempo, a seqüência deste estudo, como, por exemplo, os dias em que estaríamos na Unidade, as ações de Promoção à Saúde que iríamos acompanhar, os profissionais que iríamos entrevistar e quando seria feito isso, dentre tantos outros movimentos.

Ainda no início de nossa trajetória no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva montamos um grupo de estudos e pesquisa com professores e alunos de pós-graduação deste e de outros programas, além de alunos da graduação. A seqüência de temas a serem discutidos era colocada pela dinâmica destes encontros. Nestes momentos pudemos discutir vários assuntos do campo da saúde que colaboraram diretamente para a construção do nosso objeto de pesquisa.

A partir deste grupo tivemos acesso também a outros espaços de discussões que estavam acontecendo sobre o tema da Promoção à Saúde, dentre eles, inclusive, tivemos contato com o grupo de trabalho para construção da Política Municipal de Promoção da Saúde dirigido pela Prefeitura Municipal de Vitória.

Em paralelo fizemos uma revisão bibliográfica sobre o assunto da Promoção à Saúde para a construção e qualificação do projeto de estudo.

Foram levantados, para consecução dos objetivos propostos, os aspectos históricos e conceituais da Promoção à Saúde e as concepções de Promoção à Saúde no contexto atual e suas implicações, além dos documentos referentes à Política Nacional de Promoção da Saúde expressos no site do MS, encartes e manuais, especialmente aqueles formulados no período de 2005 a 2007, que estão diretamente ligados aos compromissos firmados no Pacto pela Saúde para a consolidação da proposta de Promoção à Saúde.

Da mesma forma foram pesquisados todos os documentos que se relacionam à Política Municipal de Promoção da Saúde dispersos pelos diferentes órgãos e instâncias da SEMUS, particularmente aqueles que são fruto da discussão envolvendo as várias secretarias do município de Vitória-ES para a confecção dessa Política, realizadas no ano de 2007. Isso porque entendemos a política como um disparador de mudanças nas relações sociais e, neste sentido, se faz importante analisar quais são os pressupostos que estão contemplados na formulação destas políticas.

Com o projeto em mãos, a pesquisa começou a ser efetivada após autorização da SEMUS e apreciação favorável do Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM).

A pesquisa foi realizada em conformidade com as recomendações da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Científica em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde – que estabelece como imprescindível para a participação no estudo a aceitação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G) por parte da população-alvo da pesquisa, preenchido em duas vias, uma para o entrevistado e outra para o entrevistador. Por meio de tal termo informamos aos participantes os objetivos e a metodologia de tal pesquisa, deixando-os livres para solicitarem maiores informações, para escolherem se queriam participar do estudo, assim como os deixamos cientes de que não seriam prejudicados caso não quisessem participar. Por fim foi esclarecido que os dados obtidos teriam sigilo garantido, como demanda a ética de pesquisa quanto ao sigilo de dados individuais.

Anteriormente à tramitação no Comitê, a fim de desenvolver tal pesquisa nas USs da região de Maruípe, foi solicitada autorização da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (GFDS) da SEMUS para realização do trabalho de campo da pesquisa. Essa Gerência é responsável por autorizar ou não a realização de qualquer pesquisa em órgãos da SEMUS, além de ser encarregada de comunicar a realização de tal pesquisa aos interessados (chefia/unidade), de monitorar o desenvolvimento e de receber versão final do estudo impresso e digitado.

De posse das autorizações (ANEXO 2 e 3), com o projeto elaborado, passamos pelo processo de qualificação do projeto, em que nos foi sugerido a redução do número de Unidades de Saúde previsto para a aplicação do roteiro de observação das ações, das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e das entrevistas coletivas com os usuários, de duas para uma Unidade, já que a coleta em uma Unidade já iria resultar em muitos dados para análise e demandar muito tempo da pesquisadora, sem contar que naquele momento o tempo já estava reduzido para a conclusão deste estudo. Foi sugerida ainda a inclusão, nos instrumentos de coleta

elaborados, do porquê da população alvo dessa pesquisa considerar uma determinada ação como de Promoção à Saúde.

Podemos afirmar que as sugestões colocadas pela banca e aceita pela pesquisadora contribuíram imensamente para os resultados dessa pesquisa.

Durante o período de maio a julho de 2008 estivemos em campo para o levantamento das ações qualificadas, pelos diretores das seis USs da macrorregião de Maruípe, como de Promoção à Saúde. Optamos pelos diretores, para o levantamento das ações existentes nas USs, visto que seu lugar de coordenação pode lhe dar uma visão geral do funcionamento do serviço.

Neste momento contamos com a presença de uma pesquisadora de iniciação científica, pertencente ao nosso grupo de pesquisa, que fazia este levantamento em todas as Unidades de Saúde do município de Vitória.

Em cada contato com as Unidades Básicas de Saúde da macrorregião de Maruípe fazíamos uma explanação dos objetivos e da metodologia da pesquisa.

Em campo foram aplicados os formulários (APÊNDICE A) aos diretores das seis USs da referida macrorregião. A aplicação destes formulários seguiu na forma de perguntas e respostas gravadas em áudio, quando autorizada a gravação, e anotadas simultaneamente em ficha (APÊNDICE B) confeccionada para facilitar, caso necessário, a retomada, pelo nome da ação, de alguma questão referente que não estivesse clara. Em seguida, as entrevistas foram transcritas para que pudéssemos ter em mãos os números de ações existentes em cada US, assim como as suas características.

O formulário consiste em um instrumento de pesquisa estruturado no formato de perguntas e respostas definidas pelo pesquisador. Neste caso o pesquisador, dotado de um roteiro com os temas relacionados ao objetivo da pesquisa, é quem formula a pergunta seguindo da resposta do entrevistado e assim sucessivamente até o término do roteiro.

O formulário incluiu questões de identificação das ações tidas como de Promoção à Saúde, como por exemplo, nome da ação, periodicidade, participantes, onde e como acontece.

De posse dos resultados de tal levantamento, selecionamos uma US, na qual realizamos a observação das ações, as entrevistas semi-estruturadas com os profissionais envolvidos nas ações e as entrevistas coletivas com os usuários participantes das ações de Promoção à Saúde.

A eleição pela Unidade de Saúde de Andorinhas se deveu a boa receptividade do diretor à proposta de estudo apresentada, o que facilitou a discussão em torno do tema da Promoção à Saúde, priorizado pelo MS e pela SEMUS como uma possibilidade de melhoria nas condições de vida dos sujeitos e coletivos.

Uma outra razão para a opção por essa Unidade se relacionou ao histórico que possuí de uma interação favorável com a Universidade, o que se confirma no número de pesquisas na área desenvolvidas nessa Unidade de Saúde. Além disso, foi grande o número de ações descritas pelo diretor da US Andorinhas como de Promoção à Saúde.

Estivemos na Unidade de Saúde de Andorinhas de julho a outubro de 2008, com uma frequência de duas a três vezes por semana. A cada encontro – nas reuniões de equipe, nas ações, nas entrevistas – com usuários e profissionais da Unidade de Saúde, apresentávamos a nossa proposta de estudo, a fim de que todos os envolvidos estivessem cientes dessa pesquisa.

Assim que chegamos à Unidade de Saúde de Andorinhas, sentimos a necessidade de conhecer o bairro para contextualizar o nosso cenário de estudo, atentando para a sua infra-estrutura, sua história de luta, seus moradores.

Além das visitas ao bairro, contamos com o auxílio de uma série de relatórios sobre o bairro e sobre a história da Unidade, além da colaboração das várias pessoas, profissionais e usuários, que nos retrataram a história deste lugar em conversas informais.

Sentimos necessidade também, de acompanhar o cotidiano da Unidade de Saúde para entendermos como funciona aquela instituição. Participamos de todas as ações a que fomos convidadas, além de reuniões de equipe, lanches compartilhados, festas, passeios. Presenciamos encontros e desencontros, decepções e conquistas, desânimos e força de luta e de construção de melhorias à comunidade.

Nessa interação com o universo da US Andorinhas, as ações de “Bolsa Família”, “HIPERDIA”, “Atividade Física”, “Fitoterapia”, “Anti-tabagismo”, “Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”, consideradas pelos profissionais como de Promoção à Saúde, nos escolheram para que pudéssemos acompanhá-las mais de perto e assim nos aproximarmos do que estava sendo produzido em nome da Promoção à Saúde, nas relações dadas naquele espaço. Essas observações participantes aconteceram em todo o período em que estivemos em Andorinhas. Participamos de cada ação em média de 4 a 10 vezes, excepcionando-se a ação “Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”, na qual estivemos em apenas um encontro, visto que ela foi encerrada logo quando iniciamos o trabalho de campo.

As observações participantes têm sido valorizadas nas pesquisas qualitativas por possibilitar uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar durante o tempo da ação. Por meio desta estratégia, munido de um roteiro de observação (APÊNDICE C) como instrumento, pudemos nos aproximar das situações práticas vividas cotidianamente pela população alvo, dando-nos a percepção de como as pessoas agem diante de cada situação. Assim, segundo Minayo (2006) as observações ajudam a vincular os fatos às suas opiniões e a problematizar sobre as contradições entre as normas, as regras e as práticas vividas.

Alves-Mazzotti (1999) afirma que a observação apresenta-se como mais uma forma de compreensão das informações trazidas pelas entrevistas para além das boas impressões que o sujeito de pesquisa pretende causar ao pesquisador. Permite captar as incongruências entre o que é dito ao pesquisador e o que é feito, a forma como se processam as relações – que é o principal foco desta pesquisa – auxilia na compreensão dos diferentes pontos de vista, bem como na explicação dos processos e situações cotidianas. Tal instrumento também se utiliza de um roteiro,

que contém alguns itens imprescindíveis para processo de observação, funcionando como um guia para o pesquisador.

As informações e impressões provenientes dessas observações foram registradas em um diário de campo, com o objetivo de transcrever o que foi vivenciado, as relações entre os sujeitos envolvidos, bem como as impressões, as percepções e os sentimentos evocados nessa proximidade com a realidade estudada.

As observações participantes nos possibilitaram captar as prescrições de conduta, os ditames do que deve ser feito e do que deve ser evitado para se atingir o ideal de saúde e, portanto, a forma como usuários e profissionais se relacionam, as estratégias de convencimento que os profissionais utilizam e as resistências dos usuários frente a essas prescrições, por exemplo.

Ao longo destes meses que estivemos em Andorinhas foram feitas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais executores das ações de Promoção à Saúde na medida em que participávamos da ação e de acordo com a disponibilidade dos profissionais, os quais foram entrevistados individualmente. Dos profissionais que executam ações de Promoção à Saúde foram entrevistados cinco deles. Conversas informais com os profissionais também aconteceram durante a nossa participação nas ações, que foram também registradas em diário de campo.

Utilizamos as entrevistas semi-estruturadas com vistas a compreender em profundidade os significados atribuídos pelos profissionais às ações de Promoção à Saúde que desenvolvem, incluindo a percepção do entrevistado sobre as relações sociais envolvidas, as idéias, as crenças, as atitudes, as motivações e os sentimentos evocados por estas ações.

As entrevistas semi-estruturadas se caracterizam por combinarem perguntas abertas e fechadas em um roteiro (APÊNDICE D) que é utilizado pelo pesquisador no momento da entrevista. Tal técnica possibilita ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se prender às indagações formuladas. De acordo com Minayo (2006) este tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que os objetivos da pesquisa

sejam contemplados na conversa, já que o pesquisador porta um roteiro que serve de apoio na sequência das questões.

O pesquisador, portanto, utiliza-se de um roteiro que contempla a abrangência das informações esperadas. Contudo, a existência de tal roteiro não acarreta no fato de ele ter de ser seguido rigorosamente, pois funciona como um guia aberto e flexível à incorporação de novos temas que não foram pensados pelo pesquisador, mas que se apresentam como relevantes à pesquisa (MINAYO, 2006).

Os dados advindos de tais entrevistas foram essenciais para a compreensão das problemáticas e dificuldades enfrentadas por eles na execução das ações, bem como as concepções que lhes dão fundamento.

As entrevistas foram gravadas em áudio, seguindo o protocolo de aceitação e, posteriormente transcritas, a fim de garantir o registro do maior número de dados possíveis trazidos pelo sujeito de pesquisa, garantindo o registro de nuances e intencionalidades nas falas. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por referências, como profissionais de saúde e usuários, para se evitar a exposição dos mesmos.

Concomitantemente, também foram realizadas duas entrevistas coletivas com os usuários participantes de ações coletivas ofertadas pela Unidade.

Utilizamos as entrevistas coletivas com os usuários objetivando estimular o confronto de opiniões e pontos de vistas referentes aos temas evocados, no caso: o que pensam sobre as ações de Promoção à Saúde desenvolvidas naquele espaço. Para tanto, utilizamos igualmente um roteiro de entrevista (APÊNDICE E). A utilização das entrevistas coletivas se justifica pelo fato de entendermos que a entrevista que envolve entrevistador e entrevistado, muitas vezes, pode não captar os processos que ocorrem dentro de um grupo, como por exemplo, os conflitos e as interações entre seus membros, que irão caracterizar as relações existentes, facilitando a emergência dos sentidos produzidos na integração daquele grupo em particular (GASKELL, 2002).

Segundo Dalbello-Araújo (2008), a entrevista coletiva abre a possibilidade de se aprofundar as questões polêmicas ou contraditórias referentes ao tema pesquisado, que, muitas vezes, são ocultadas nas entrevistas individuais. Por meio da entrevista coletiva é possível captar as interações presentes no grupo, na qual várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. A autora pontua ainda a importância de tal técnica na análise do cotidiano das práticas, já que na presença do grupo pode-se problematizar sobre os impasses vividos e as conquistas construídas de uma forma mais aberta, em que as opiniões, as relevâncias e os valores dos entrevistados são expostos com mais clareza e discutidos.

A primeira entrevista coletiva aconteceu logo após a ação anti-tabagismo, no auditório da US, contando com a participação de cinco usuários. Neste momento percebemos certa apreensão, por parte dos usuários, em expor naquele espaço algumas questões referentes ao funcionamento da Unidade. Por isso pensamos em fazer outra entrevista em um espaço fora da Unidade, sem desconsiderar aquele primeiro momento.

Após conversa com alguns ACSs, exímios sabedores da dinâmica da comunidade, optamos por fazer a próxima entrevista coletiva com os usuários no centro comunitário do bairro. Foram feitos cartazes e convites impressos convidando os usuários à participação em uma conversa sobre o atendimento na Unidade de Saúde de Andorinhas. Tais convites foram distribuídos pelas ACSs – em suas visitas domiciliares – e por nós – nas ações coletivas. Já os cartazes foram colocados no mural da Unidade de Saúde e do Centro Comunitário.

Nesta ocasião compareceram 15 usuários, não sendo possível, pela quantidade de pessoas presentes, gravar a entrevista. Por isso, para o registro manual dos depoimentos dos usuários contamos, no momento da entrevista, com a colaboração de outra pesquisadora do nosso grupo de estudo. Posteriormente, as anotações da pesquisadora auxiliar foram complementadas pelas nossas impressões e percepções referentes aos objetivos dessa pesquisa.

As falas colhidas dos usuários foram imprescindíveis para as problematizações presentes neste estudo. Os usuários são atores importantes na composição das

práticas de Promoção à Saúde. Em razão disso, por meio dessas entrevistas coletivas foi possível entender os diferentes pontos de vistas referentes às práticas de Promoção à Saúde, assim como, por meio do confronto de opiniões, pudemos captar as relações patentes neste cenário, sob o ponto de vista dos usuários.

7.2.2 Tratamento e Análise dos Dados

A presente pesquisa se utilizou da análise qualitativa dos dados para a construção de sentidos e compreensões referentes ao objeto de estudo. Para tanto nos debruçamos sobre os dados na tentativa de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento de como se dão as práticas de Promoção à Saúde.

Durante toda a investigação estivemos imersos num processo de interpretação, desde o levantamento dos dados até as conclusões deste estudo, uma vez que entendemos o processo de análise dos dados como um processo de produção de sentidos.

Antes da efetiva entrada no campo de pesquisa foi feita a leitura crítica de textos referentes ao tema, inclusive da PNPS e da PMPS, que nos auxiliaram na análise proposta.

Com o diário de campo e as transcrições das entrevistas em mãos, as ações consideradas pelos profissionais como de Promoção à Saúde foram analisadas frente à literatura crítica de Promoção à Saúde. Assim foi possível compreender as relações entre os atores que compõem este cenário, bem como contribuir para um melhor entendimento de como ocorrem, na prática, as ações de Promoção à Saúde.

No que se refere à estratégia metodológica, nos utilizamos da Análise de Conteúdo, definida por Bardin (1988, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência

de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A Análise de Conteúdo requer um trabalho de leitura e releitura dos materiais trazidos das transcrições das entrevistas e do diário de campo, para que, só então, seja possível a emergência das categorias de análise. Através das leituras das transcrições das entrevistas, bem como da análise conjunta de tais dados com aqueles trazidos das observações, pudemos apreender as problemáticas/dificuldades enfrentadas pelos profissionais para execução destas ações, descrever o cenário em que estas ações acontecem, bem como analisar como ocorrem, na prática, as ações de Promoção à Saúde, especialmente no que diz respeito às relações entre os atores envolvidos nessas ações.

O discurso, objeto da análise, caracteriza-se pelo seu caráter de inacabado, fala de um momento, espaço-tempo específico, dos sentidos atribuídos aos eventos pelos sujeitos de pesquisa, o que remete a interpretações por parte do pesquisador. Daí a intenção de propor uma análise que se produza conjuntamente (através da apresentação das análises aos sujeitos da pesquisa), envolvendo os pares e os sujeitos participantes da pesquisa, verificando se as interpretações trazidas pelo pesquisador fazem sentido. Entendemos que a análise coletiva é potencializadora de mudanças, uma vez que retroalimenta as práticas e problematiza sobre as questões em voga.

Ao fim, os resultados dessa pesquisa serão disponibilizados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, bem como à Prefeitura Municipal de Vitória-ES, especialmente aos profissionais e usuários das Unidades de Saúde da região de Maruípe.

8 PROMOÇÃO À SAÚDE EM VITÓRIA

O contexto de mudanças materializado na Constituição de 88 possibilitou ao setor saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, pôr em funcionamento as diretrizes de descentralização e participação. Assim, no ano de 1989, o estado do Espírito Santo, atendendo as decisões das instâncias federais, iniciou o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde.

Foi criada, então, pelo grupo de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e do Instituto Estadual de Saúde Pública a proposta de reorganização do modelo assistencial de Saúde do estado do Espírito Santo. Por meio da lei estadual 4.317 de janeiro de 1990, as ações e serviços passaram a ser regidos com base em características fundamentais de hierarquização, de regionalização e de municipalização, com articulação entre elas, buscando a integralidade de ação e a racionalização dos recursos, garantindo o acesso universal e igualitário dos usuários ao sistema, através da referência e da contra-referência (ESPÍRITO SANTO, 1990).

A partir daí, as responsabilidades em relação às ações e serviços de saúde começaram a ser redistribuídas, e o foram da seguinte forma: cabia ao estado a responsabilidade pela rede especializada e de alta complexidade e aos municípios se responsabilizarem pela rede básica. Dessa forma, o município de Vitória, ainda no ano de 1989, assinou um convênio com a SESA assumindo as primeiras ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Em seguida, procedeu-se com a transferência gradual e progressiva das ações e serviços de saúde do estado para o município, por meio de convênios (OLIOSA, 1999).

O município de Vitória se estruturava rumo à construção deste novo modelo de atenção à saúde. De 1992 a 1993, o município foi dividido em regiões de saúde, seguindo-se da elaboração de um diagnóstico situacional da saúde dessas regiões, a fim de apreender as necessidades de cada comunidade para o planejamento das ações em saúde (OLIOSA, 1999).

Foram, então, implantados vários programas e serviços de saúde para atender à população da capital: Serviço de Orientação à Fisiologia do Exercício (1989),

Serviço de vigilância sanitária (1989), Serviço de vigilância epidemiológica (1990), Programa de Assistência Integral à saúde da Criança – PAISC (1990), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1990), Fitoterapia (1990), Programa DST/AIDS (1991), Programa de Hanseníase (1991), Programa de Tuberculose (1992), Programa Sorria Vitória (1995), Programa Criança Saúde (1996), Programa Anti-Tabagismo (1998) (OLIOSA, 1999). Alguns destes programas permanecem atuantes até a presente data, orientando as práticas em saúde nas Unidades de Saúde de Vitória.

Outros processos se sucederam para a estruturação da atenção à saúde do município, como, por exemplo, o processo de territorialização, de 1994 a 1996; a apropriação dos territórios pelas Unidades de Saúde, a partir de 1996; e a implantação dos conselhos locais de saúde, de 1996 a 2001 (CRUZ, 2007).

Em janeiro de 1998 o município de Vitória foi, então, habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, a partir de quando foi impulsionado o processo de implantação da ESF, que passaria a reorganizar a Atenção Básica (OLIOSA, 1999).

O modelo tradicional de assistência passou a dar lugar a essa nova estratégia, que com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, tornou-se a principal diretriz da SEMUS. Assim, em fevereiro de 1998, a Secretaria lançou em campo, após treinamento, quatro Equipes de Saúde da Família nos bairros de Jesus de Nazaré, Resistência, Fonte Grande e Andorinhas, a fim de experimentar como funcionaria e como seria a receptividade de usuários e profissionais a essa nova proposta, (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Atualmente a rede municipal de saúde de Vitória conta com 28 Unidades de Saúde espalhadas por todo o município, com 80% de servidores efetivos e uma cobertura de 63,53% pela ESF (VITÓRIA, 2008a).

Atualmente o município está dividido em seis Regiões Territoriais de Saúde: macrorregião de Maruípe (onde se localiza Andorinhas), de São Pedro, de Santo Antônio, do Centro, de Forte São João e de Continental (ANEXO1). Cada qual abrange um território específico com suas respectivas Unidades Básicas de Saúde.

A macrorregião de Maruípe, com cobertura de 100% pela ESF, mais especificamente, possui seis Unidades Básicas de Saúde, que compreende os Territórios de Andorinhas, Território de Consolação, Unidade de Saúde (US) Maruípe, US de Bairro da Penha, US de Santa Martha e US Tomás Tommasi do Bairro de São Bento. No total essas Unidades atendem a uma população de mais de sessenta mil habitantes, abrangendo dezoito bairros de Vitória – ES (Andorinhas, Consolação, Gurigica, Horto, São Benedito, Maruípe, Engenharia, São Cristóvão, Tabuazeiro, Vila Maria, Santa Cecília, Bairro de Lourdes, Santos Dumont, Santa Marta, Joana D'Arc, Mangue Seco, Bairro da Penha e Bonfim).

Além das 28 Unidades de Saúde, o sistema de saúde de Vitória compreende: 01 Policlínica em São Pedro; 01 Pronto-Atendimento na Praia do Suá; cinco centros de referência: Centro de Especialidade Odontológica, Centro de Referência em DST/AIDS, Centro de Atendimento ao Idoso, Centro de Controle de Zoonoses e Centro Municipal de Especialidade; 03 Centros de Atenção Psicossocial: Álcool e outras drogas (CAPSad), Infanto-juvenil (CAPSi) e Transtorno grave (CAPSII); onze Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício (estando dois deles na região de Maruípe); 01 academia popular; 01 Laboratório de Análises Clínicas; 01 laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos; 01 Central de Ambulâncias; 01 Central Municipal de Agendamento de Especialidades.

Ademais, o município firmou convênios com o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), o Hospital Santa Rita de Cássia, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, a Pro-Matre e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) visando ampliar o acesso dos munícipes a consultas e exames especializados (VITÓRIA, 2008a).

Dados de julho de 2008, colhidos nos registros da Unidade de Saúde de Andorinhas afirmam que das 1011 famílias cadastradas na US, existem 116 diabéticos, 385 hipertensos, 02 tuberculosos, 03 pessoas com hanseníase. Registrou-se ainda, em relação à produção da Unidade em um mês (julho de 2008), um total de 601 consultas médicas, 167 acolhimentos, 518 consultas de enfermagem, 154 nebulizações, 71 injeções, 24 curativos, 1006 visitas domiciliares, 24 ações de Educação em Saúde.

Segundo Cruz (2007), o atual governo municipal tem como eixos estratégicos: desenvolvimento sustentável com inclusão social, democratização da gestão pública, defesa da vida e respeito aos direitos humanos, em consonância com o Pacto pela Vida e de Gestão.

Dentro deste contexto na data de 10 de novembro de 2008 foi lançada a Política Municipal da Promoção da Saúde (PMPS), que se assemelha à Política Nacional de Promoção da Saúde, principalmente no que se refere ao seu texto introdutório e seus objetivos.

A construção da PMPS contou com a participação de representantes das diversas secretarias da PMV. A cada grupo de discussão relacionado à Política os servidores eram convidados por meio de comunicação interna.

Constam nessa Política quatro eixos de atuação: integralidade, educação/formação/comunicação, modos de viver e ambientes saudáveis. Cada um destes eixos traz propostas de ações específicas referentes ao tema.

Destes eixos, há subdivisões no “modo de viver” e “ambientes saudáveis”. O eixo “modo de viver” se subdivide em sete itens: ações para uma alimentação saudável, prática corporal / atividade física, prevenção e controle de tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, direito a livre expressão e orientação sexual / promoção da igualdade de gênero e étnico-racial, envelhecimento e atenção psicossocial. O eixo “ambientes saudáveis”, por sua vez, foca: na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Assim como assinado por Peixoto-Pinto (2008) em relação a PNPS, percebe-se algumas contradições intrínsecas na Política Municipal de Promoção da Saúde. No texto introdutório e nos objetivos destaca a importância de um trabalho coletivo, envolvendo todos os atores sociais para a efetivação dos princípios do SUS. Porém, algumas das ações propostas assumem um caráter prescritivo e normativo.

Com o objetivo de conhecer quais ações de Promoção à Saúde eram realizadas nas Unidades de Saúde do município de Vitória-ES, foi efetivado um levantamento por meio de formulário dirigido aos diretores das 28 Unidades Básicas existentes (IGLESIAS et al, 2009).

Neste levantamento foram citados pelos diretores 43 tipos de ações, por eles considerados como de Promoção à Saúde e que estavam ocorrendo naquele período na Unidade sob sua coordenação. Algumas destas ações foram mencionadas por mais de um diretor, de modo que a soma de todas as ações citadas resultou em 179. O rol dessas ações pode ser visualizado na tabela (APÊNDICE F).

As dez ações mais citadas pelos diretores foram aquelas dirigidas às pessoas com hipertensão e diabetes (22 citações); as direcionadas às gestantes (16); aos beneficiários do Bolsa Família (15); aos adolescentes (13); ações de Saúde Bucal direcionada a idosos, mulheres, crianças e/ou bebês (11); as voltadas à saúde da mulher (10); atividades físicas (10); as voltadas para o Planejamento Familiar (9); as direcionadas à saúde da criança, comumente chamada de Puericultura (8) e as de Saúde Mental (7).

Outras ações citadas, porém em menor frequência, foram: “Tabagismo”, Saúde do Escolar, aquelas voltadas à reflexão sobre o trabalho levado pelos Agentes Comunitários, o “Pense Leve e Vida Leve”, “Cuidando de quem Cuida”, “Sala de Espera”, “Ação com as Crianças”, “Saúde dos Homens”, Ação de Vacinação, Ações voltadas às Mulheres em Climatério, Saúde no Parque, Oficina Arte Vida, Ações visando o Combate à Hanseníase, Grupo de Pais de Crianças, Ações voltadas às Creches, Ação com os Pescadores, Fisioterapia, Ação “Pintando e Bordando”, Horta Fitoterápica, Ginástica Laboral, “Pequeno Cidadão”, Comitê “Viva-Vida”, Artesanato, “Grupo de Obesos”, “Tenda Cigana”, “Cine Consolação”, Ação com Pessoas vivendo com Tuberculose, “Dia da Mancha”, Oficina de Nutrição e “Agente Jovem” (GUERRA; DALBELLO-ARAÚJO, 2008)

A partir das entrevistas com os 28 diretores das Unidades de Saúde do município de Vitória, pudemos constatar que a maioria das ações enunciadas como de Promoção

à Saúde acontecem nas Unidades de Saúde e nos espaços disponíveis nas comunidades, semanalmente, com o envolvimento dos vários profissionais que compõem as equipes de saúde das Unidades. As principais dificuldades enfrentadas para a realização dessas ações se referem a pouca adesão dos usuários, a estrutura física inapropriada, a pouca disponibilidade dos profissionais em se responsabilizarem pela efetivação da atividade e o elevado número de pessoas a serem contempladas pela ação. Os resultados mencionados pelos diretores como consequência dessas ações estão ligados ao aumento da participação dos usuários e à melhoria no quadro clínico dos mesmos.

9 ANÁLISE DAS AÇÕES

9.1 CONTEXTUALIZANDO A REGIÃO DE MARUÍPE E O BAIRRO DE ANDORINHAS

A partir dos anos 1930, o estado do Espírito Santo, dentre outros estados, começou a sofrer com a desvalorização do seu principal produto: o café, o que acarretou em um processo de fortalecimento do espaço urbano e um incentivo à industrialização.

Associado a superprodução cafeeira, e a conseqüente queda dos preços, o café capixaba foi acusado de conter pragas, o que resultou na erradicação de inúmeros cafezais, inclusive com custeio do governo. Diante deste contexto, muitas famílias se viram obrigadas a se mudar para a cidade (OLIOSA, 1999).

Este fluxo migratório direcionou-se principalmente à cidade de Vitória, capital do estado, que na ocasião não possuía infra-estrutura para receber aquelas pessoas, mas as atraía pela possibilidade de emprego nos Grandes Projetos Industriais que se instalavam nas proximidades do município.

Nas décadas de 40 e 60 a população vinda do interior ocupou principalmente os morros e as áreas de manguezais. Dentre as regiões territoriais do município de Vitória, a região de Maruípe, localizada na parte oeste da ilha, foi uma das primeiras a ser ocupada, de modo que a história de sua ocupação relaciona-se principalmente a loteamentos e invasões nos morros e mangues próximos (VITÓRIA, 2008b). Seus bairros são caracteristicamente de classe média baixa e baixa, mas com acesso a escolas e aos serviços públicos de saúde.

Essa região se compõe de 18 bairros distribuídos em uma área superior a 4 milhões de metros quadrados, onde abriga equipamentos institucionais de grande porte, tais como: hospitais, cemitério, quartel e o maior parque florestal da cidade – o Parque do Horto de Maruípe (VITÓRIA, 2008b).

Dentre os bairros que formam essa região, daremos destaque ao bairro de Andorinhas, onde foi realizada essa pesquisa.

O bairro Andorinhas localiza-se na parte nordeste do município de Vitória, na região norte da macrorregião de Maruípe. Faz fronteira, ao norte com o Canal de Camburi, (que separa a ilha do continente), a oeste com os bairros de Santa Marta e Mangue Seco, a leste com o bairro de Santa Luiza e ao sul com o bairro Itararé.

Andorinhas foi criado oficialmente 1975, mas no início da década de 60 já ocorria um processo de ocupação informal do manguezal da região, então propriedade da Marinha. Aos poucos a região foi ocupada por aglomerados de barracos e palafitas. O número de invasões na área de manguezal aumentou consideravelmente em decorrência de pessoas que vinham do interior do estado, do norte de Minas Gerais e do sul da Bahia, as quais chegavam em busca de oportunidade de trabalho nas grandes empresas que se instalavam na Grande Vitória. Em síntese, a ocupação do bairro ocorreu de forma desordenada, sendo urbanizada sem planejamento e organização.

Com o tempo os moradores do bairro procuraram estruturar Andorinhas, o que ocorreu por meio de uma série de mobilizações sociais. A título de exemplo: o galpão comunitário para desenvolvimento das atividades do Projeto Rondon, a escola, a instalação de água e a parte do esgotamento sanitário do bairro foram construídos a partir de mutirões. A própria Unidade de Saúde também é outro exemplo de dispositivo social inaugurado a partir de reivindicações da comunidade.

A Unidade de Saúde de Andorinhas, espaço de pesquisa deste estudo, funcionou por muito tempo baseada no modelo tradicional, centrada na doença e na lógica ambulatorial. A implantação da ESF resultou em resistência por parte de moradores do bairro e de profissionais de saúde que lá trabalhavam. Isso porque a Unidade tinha que se reestruturar de acordo com uma lógica, naquele momento, incipiente e diferente da anterior.

Diferente da lógica tradicional, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2007).

Até o ano de 2001 estes dois modelos de assistência coexistiram na US Andorinhas. A partir deste ano a Unidade passou a funcionar unicamente como uma Unidade de Saúde da Família, o que acarretou na saída dos médicos especialistas. Neste mesmo ano ampliou-se o número de equipes de uma para quatro, e em 2003 para cinco equipes, com a finalidade de atender os bairros de Santa Marta, Joana D' Arc, Santa Luiza, Mangue Seco e Andorinhas.

Este número de equipes permaneceu até 2006, quando o Território de Saúde de Andorinhas passou a abranger somente o bairro de Andorinhas, reduzindo-se o número de equipes para duas.

Com a construção da Unidade de Saúde da Família de Santa Luiza e de Santa Marta, o território de Saúde de Andorinhas (bairros de: Santa Marta, Joana D' Arc, Santa Luiza, Mangue Seco e Andorinhas) precisou passar por uma re-divisão, denominada de processo de re-territorialização. Tal processo consiste em uma delimitação das áreas de abrangência e de responsabilidade de cada Unidade de Saúde, por meio de uma análise das características dos grupos populacionais envolvidos e da opinião dos usuários.

Ainda no ano de 2005 tal processo de re-territorialização foi reiniciado com a identificação, no mapa, do então território de saúde de Andorinhas, das áreas de conflitos, barreiras e limites existentes, seguindo-se de uma visita ao território, que até então era assistido pela Unidade de Saúde de Andorinhas. Com este estudo puderam-se descrever as demandas e as características de cada bairro. No que diz respeito aos aspectos ambientais foi delineada a topografia, as barreiras geográficas, os limites, as condições de saneamento e habitação, o número de ruas, becos e escadarias, a densidade populacional, as vias, as rodovias e as ciclovias. Foi observada, ainda, a localização dos serviços de saúde em relação aos limites do território, os serviços educacionais ofertados, o acesso ao transporte coletivo, além da população existente por faixa etária, por micro-área, por equipe, números de

acamados, de hipertensos, de diabéticos, de tuberculosos, de acometidos pela hanseníase, de gestantes e de menores de um ano de idade.

Com estes dados em mãos, os profissionais de saúde e gestores se reuniram com a comunidade, por várias vezes, para definição dos bairros que passariam a ser atendidos pelas Unidades de Saúde em construção e os que continuariam referenciados na Unidade de Saúde de Andorinhas. Assim, ficou definido que a partir do ano de 2006, o bairro de Santa Luiza seria atendido na Unidade de Saúde da Família de Santa Luiza, juntamente com os bairros de Santa Lúcia, Praia do Canto, Barro Vermelho, Itararé e Ilha do Frade. Já os bairros de Santa Marta, Joana D'arc e Mangue Seco seriam acompanhados pela Unidade de Saúde da Família de Santa Marta.

Os estudos apontavam que o bairro de Mangue Seco deveria continuar a ser atendido na US Andorinhas, até mesmo pela proximidade. Contudo, cerca de 70% dos moradores daquele bairro, presentes na reunião de redistribuição dos territórios, optaram por ser atendidos pela US Santa Marta. Assim a US Andorinhas passou a atender somente o bairro de Andorinhas.

A Unidade de Saúde de Andorinhas, geograficamente, se encontra na principal avenida do bairro (Av. Leitão da Silva), o que favorece o acesso dos moradores aos serviços ofertados por essa instituição, os quais são prestados das 7h às 18h.

O espaço físico dessa Unidade de Saúde é muito limitado, principalmente considerando as demandas diárias. Para tentar sanar tal limitação física, a Prefeitura Municipal de Vitória alugou um espaço (atualmente em considerável estado de deterioração), próximo à sede da Unidade, que funciona como um espaço suporte, comumente chamado de “Anexo”, onde acontece a coleta de exames laboratoriais, o serviço de marcação de consulta, os atendimentos psicológicos e fonoaudiológicos.

Na sede da Unidade existe um auditório, onde se realiza a maior parte das ações qualificadas pelos profissionais como de Promoção à Saúde. Este auditório tem o aspecto de uma sala de aula: comporta cerca de cinquenta pessoas, possui um quadro de giz, um ar condicionado e quatro básculas.

Existe um projeto na Prefeitura Municipal de Vitória para desativação dessa Unidade e construção de uma nova na Avenida Maruípe, nas proximidades da Avenida Leitão da Silva e da Avenida Nossa Senhora da Penha, para atender o bairro de Andorinhas, o bairro de Engenharia e parte do bairro de Santa Marta. Inclusive a ordem de serviço para início das obras já foi assinada pelo secretário de saúde em maio de 2008.

As reuniões com o secretário de saúde do município, munícipes e profissionais da Unidade de Saúde de Andorinhas para a discussão deste projeto também já começaram. As opiniões se dividem entre os que desejam essa mudança e os que resistem a transferência dessa US de onde está para a Avenida Maruípe.

Hoje a Unidade de Saúde de Andorinhas tem uma capacidade de atendimento de 4 mil pacientes/ mês, em média, com oferta dos seguintes serviços: consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensa de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas ministeriais; e encaminhamentos aos Centros de Referência.

Para tanto conta com os seguintes profissionais: um diretor administrativo, cinco agentes comunitários de saúde, um psicólogo, um assistente social, um técnico esportivo, um farmacêutico, um fonoaudiólogo, dois dentistas, um auxiliar de consultório dentário, um técnico em higiene dental, um atendente odontológico, dois enfermeiros, dois médicos da família, um pediatra, seis auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais, um laboratorista, um auxiliar de laboratório, um auxiliar administrativo, um assistente administrativo.

É digno de nota que não é exclusividade da US Andorinhas ter tal composição multiprofissional em sua equipe. Em verdade, a Prefeitura Municipal de Vitória, diferentemente de outras cidades do país, optou por inserir em suas equipes de saúde da família outros profissionais para além do preconizado pelo MS como equipe mínima. Em concurso público realizado no ano de 2006 incluiu efetivamente em quase 100% das equipes de saúde das USs os seguintes profissionais: assistentes sociais, psicólogos, pediatras e farmacêuticos

Hoje o bairro de Andorinhas possui aproximadamente 2.400 habitantes. Destes, 63,7% residem no bairro há mais de 20 anos.

O acesso ao bairro é fácil, já que tem ligação às principais avenidas da capital. Além de estar ligado por importante rede rodoviária, o bairro encontra-se localizado próximo a supermercados, hipermercados, dentre outros estabelecimentos comerciais; bem como próximo a órgãos da administração pública, tais como à Universidade Federal do Espírito Santo, o DETRAN, o Centro Integrado de Cidadania (“Casa do Cidadão”) e a Polícia Civil.

O bairro em si, por sua vez, também é abastecido por estabelecimentos comerciais de todos os tipos, além de importantes equipamentos sociais, como, por exemplo, a Unidade de Saúde da Família, o CAJUN (Centro de referência voltada às crianças e aos adolescentes em situação de risco social e pessoal do bairro, com idade entre sete e 17 anos), a escola de ensino fundamental, o centro municipal de educação infantil, o Projeto Terra, o movimento comunitário dos moradores do bairro de Andorinhas (fundado em 1973) dentre outros.

Andorinhas possui cerca de onze Igrejas Evangélicas, sendo essa a religião predominante entre os moradores.

De acordo com o relato de líderes comunitários, o principal problema enfrentado pelo bairro de Andorinhas é o tráfico de drogas que atende a população local e comunidades vizinhas.

Sob o ponto de vista estrutural, vale ressaltar que as ruas e calçadas do bairro são estreitas, possuem muitos becos e casas sem acabamento. Existem ainda muitos animais que circulam pelas ruas. Nas esquinas, por vezes, acumula-se lixo. Ademais, apenas recentemente Andorinhas teve suas ruas asfaltadas, o que ocorreu a partir de reivindicações da comunidade local.

De acordo com o censo realizado em 2000, quanto às condições de abastecimento de água e coleta de lixo, 99,67% da população do bairro de Andorinhas é coberta

pela rede pública, enquanto 98,38% dos moradores são beneficiados pelo sistema de esgotamento sanitário (IBGE, 2000).

Das pessoas responsáveis pelo domicílio 90,12% são alfabetizadas, com tempo médio de sete anos de estudo. No total 82,91% da população de Andorinhas é alfabetizada (IBGE, 2000).

Quanto à renda, o relatório do censo mostra uma média de dois salários mínimos entre os moradores. É um bairro de população adulta, na medida em que a maior parte de seu contingente populacional encontra-se na faixa etária entre 20 e 59 anos, representando 57,16% do total da população (IBGE, 2000).

9.2 AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DA REGIÃO DE MARUÍPE

Conforme objetivo desta pesquisa, fizemos um levantamento detalhado das ações de Promoção à Saúde na região de Maruípe. Os dados descritos neste item se referem às informações colhidas em entrevistas com os diretores das seis Unidades de Saúde da macrorregião de Maruípe.

Neste contexto detalhamos quais as ações que os diretores referiram como de Promoção à Saúde, no que diz respeito à: forma como elas acontecem, periodicidade, local de ocorrência, profissionais envolvidos, resultados alcançados, dificuldades enfrentadas, dentre outras informações. Além disso, exporemos as concepções dos entrevistados sobre Promoção à Saúde, bem como os entraves apontados por eles à efetivação dessa proposta.

Os diretores apontaram, ao todo, a existência de 22 tipos diferentes de ações consideradas por eles como de Promoção à Saúde. Algumas dessas ações foram citadas por mais de um diretor, o que resultou em um número de 47 ações em andamento no período de maio a outubro de 2008.

A macrorregião de Maruípe aparece, proporcionalmente, como a segunda região do município que menciona maior número de ações de Promoção, uma média aproximada de 8 ações por Unidade¹.

Do total de 179 ações consideradas pelos diretores de todas as USs de Vitória como de Promoção em andamento no município, 26% delas acontecem na região de Maruípe. Portanto, em termos absolutos, Maruípe é a macrorregião que afirma realizar mais ações de Promoção à Saúde.

Em relação ao município de Vitória, a região de Maruípe é a que apresenta a maior variedade de tipos de ações consideradas de Promoção, 22 tipos, do total de 43 tipos de ações nomeadas como de Promoção no município.

Das dez ações mais citadas como de Promoção à Saúde na região de Maruípe, nove coincidem com as dez mais mencionadas no município. A exceção fica por conta da ação de Saúde Bucal, que aparece no município e não é citada em Maruípe; e a ação Saúde do Escolar, uma das dez ações mais mencionadas na região de Maruípe e não no município.

Dessa forma, além da ação Saúde do Escolar (3 citações), as dez ações mais citadas pelos diretores dessa região foram aquelas dirigidas às pessoas com hipertensão e diabetes (5 citações); aos beneficiários do Bolsa Família (5); as direcionadas às gestantes (4); as voltadas à saúde da mulher (4); as voltadas para o Planejamento Familiar (4); aos adolescentes (3); as de Saúde Mental (3); as atividades físicas (2) e as direcionadas à saúde da criança, comumente chamada de Puericultura (2).

Todas essas ações são priorizadas pelo MS e/ou pela SEMUS, o que significa que as Unidades devem ofertá-las à população adscrita, o que em alguns casos garantem inclusive o repasse financeiro da União ao município. Neste sentido, muitas vezes, independente de ter havido uma discussão com essa população sobre a possibilidade de implantação de tais ações, a ação é executada. Assim, de certa

¹ A título de esclarecimento a região de São Pedro é a que refere maior número de ações de Promoção, em termos proporcionais: um total de 35 ações em 4 US existentes na Região, resultando em uma média de aproximadamente 9 ações por Unidade.

forma, o município é bem visto pela União, pois estará atendendo às prioridades pensadas e descritas por eles em algumas políticas, e a Unidade, por sua vez, bem vista pelo município.

Consta na PNPS e na PMPS as prioridades em Promoção. São aquelas voltadas à: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável; direito a livre expressão e orientação sexual e promoção da igualdade de gênero e étnico-racial; envelhecimento e atenção psicossocial.

As ações de “HIPERDIA” e do “Bolsa Família” foram mencionadas por cinco diretores. O “HIPERDIA” é voltado exclusivamente a pessoas com hipertensão arterial e diabetes, acontece na Unidade de Saúde e nos espaços da comunidade, variando sua frequência de semanal até trimestralmente. Conta com o envolvimento de vários profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, educador físico, nutricionista, diretor da Unidade e acadêmicos de várias áreas.

Nesta ação, as pessoas com diabetes e/ou hipertensão são avaliadas clinicamente e recebem orientações sobre alimentação saudável, uso correto da medicação e hábitos saudáveis. É frequente entre estes usuários casos de depressão associada; nestes casos, o médico receita medicamento antidepressivo. Como consequência dessa ação, os diretores percebem uma melhora no quadro clínico dos participantes, um maior cuidado do usuário para com sua saúde e o aumento do número de participantes.

Algumas dificuldades são retratadas pelos diretores para a execução dessa ação, são elas: a falta do profissional agente comunitário de saúde (o que dificulta o contato com todos que deveriam estar participando dessa ação), o elevado número de pessoas com diabetes e hipertensão para serem atendidos e a vinculação da medicação à ocorrência do grupo, ou seja, os usuários só comparecem quando tem que pegar ou renovar a receita médica. No entanto, essa dificuldade se relaciona com a forma como a ação se estrutura, valorizando sobremaneira a medicação, o

que limita a reflexão, por exemplo, sobre as questões relacionadas a este elevado número de hipertensos e diabéticos, questões familiares, sociais, econômicas entre outras.

O usuário inserido em uma lógica curativista – que valoriza o saber médico como único capaz de resolver seus problemas de saúde – imediatista e mercadológica – que propaga a possibilidade de comercialização de uma saúde perfeita, por meio, por exemplo, da “pílula da felicidade” – acaba por buscar, muitas vezes, a resolução de suas questões no que é possível vislumbrar: o medicamento.

Como nos traz Dalbello-Araújo (2005) essa postura, que coloca o medicamento e o saber biomédico como central à ação, acaba por desqualificar os saberes e a história destes sujeitos – em estreita relação com o que está sendo vivenciado como uma patologia – o que resulta em insegurança por parte da população e em dependência aos conselhos e orientações destes técnicos.

A segunda ação mais mencionada, o “Bolsa Família”, com frequência mensal ou trimestral, é um programa de transferência de renda do governo Federal. Para a efetivação deste programa torna-se necessária a articulação entre três secretarias diretamente relacionadas ao programa: secretaria de assistência social, de educação e de saúde. Para a continuidade do benefício, o munícipe deve cumprir algumas condicionalidades, como, por exemplo, manter em dia o cartão de vacina das crianças e o acompanhamento na US do peso e das medidas das mesmas. Dessa forma, os diretores descreveram que a ação do Bolsa Família nas Unidades por eles coordenadas engloba, além do acompanhamento clínico das crianças, palestras educativas para toda a família sobre temas que variam de acordo com as necessidades observadas pelos profissionais para aqueles beneficiários.

A função educativa prevalece como imprescindível a essa ação, de modo que são os profissionais quem escolhem até mesmo os temas considerados como importantes para aquelas pessoas que participam da ação. Assim, ensinam a melhor maneira de se comportar para se manterem saudáveis. Os sujeitos, neste caso, não são convocados à participação na elaboração, implantação e avaliação da ação, como propõe Campos (2004). Para este autor, para a concretização da proposta da

Promoção é necessário um agir coletivo para a mudança de condições de vida desfavoráveis.

O assistente social comumente é o responsável por coordenar esta ação, todavia, algumas vezes, conta com a participação de outros profissionais para palestrarem sobre o seu campo de atuação. Mas isso não significa, propriamente, um trabalho integrado entre os profissionais, o palestrante vai à ação apenas como convidado, o coordenador dá o tema, ele a desenvolve e encerra sua participação.

Foram muitas as dificuldades descritas pelos diretores para a execução do Bolsa Família. Destacam-se: a pouca adesão dos usuários, mesmo que isso implique risco de perda do benefício; o elevado número de pessoas a serem assistidas e a falta de espaço adequado para atendê-las; o desinteresse das famílias pelo estado nutricional das crianças; e o não entendimento, por parte dos profissionais da equipe, de que o “Bolsa” é um projeto de toda a Unidade e não só do assistente social. Apesar dessas dificuldades, os diretores já vêem alguns resultados dessa ação: controle do peso e das medidas de muitas crianças do território, a redução do número de famílias excluídas do programa por desconhecimento das condicionalidades e aumento do interesse e participação dos beneficiários nas palestras ofertadas pela Unidade.

Ações voltadas às gestantes e à saúde das mulheres também foram mencionadas como de Promoção à Saúde. Dos seis diretores entrevistados, quatro citaram a existência dessas ações nas Unidades que coordenam. As ações voltadas às gestantes são há anos priorizadas pelo Ministério da Saúde, visando à redução da morbidade neonatal. As complicações da gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes em mulheres. Por estes e outros motivos, todas as USs do SUS devem oferecer atendimento adequado com uma assistência médica freqüente, além de gratuidade nos exames laboratoriais e o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários, como por exemplo, o odontológico.

Na região de Maruípe, os grupos de gestantes acontecem nas USs, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente. Dentre os profissionais que os executam estão: os enfermeiros, médicos, ACS e acadêmicos de psicologia e enfermagem. A

participação de outros profissionais pode acontecer, principalmente quando convidados a darem palestra. São expostos os mais variados temas, freqüentemente associados à gravidez. Acrescido disso, trabalha-se, neste grupo, o desenvolvimento de habilidades visando a geração de renda e a qualidade de vida. Mais uma vez a pouca adesão dos usuários é a dificuldade para sua realização. Além disso, os profissionais ainda têm dificuldade em lidar com a falta de documentos e a dependência química de algumas gestantes, além do desejo de aborto para parte de algumas delas.

As ações relacionadas à saúde da mulher, por sua vez, também são prioridades do MS e da SEMUS. Criado na década de 80, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) auxiliou na consolidação de muitos projetos ligados à saúde feminina, com enfoque à atenção ao pré-natal e ao planejamento familiar. Os grupos voltados a este tema também acontecem nas USs, semanalmente e mensalmente. Vários profissionais estão envolvidos, especialmente assistentes sociais, psicólogos e ACS. Estes grupos estão abertos a todas as mulheres, de todas as idades, neles se dão orientações para a adoção de hábitos saudáveis, prevenção de DST/AIDS e câncer de colo uterino. Além de ser um espaço, por vezes, de obtenção de receitas de contraceptivos. Em alguns grupos são desenvolvidas atividades artesanais. Por este motivo, este grupo também foi percebido, pelos entrevistados, como um espaço de conversa, de discussão, de trocas, de escape para as angústias, de reunião das mulheres do território. As dificuldades são: a pouca adesão – que eles associam ao fato de que a “sensibilização” para essa ação partiu da Unidade de Saúde e não do desejo das mulheres de serem assistidas – e o espaço físico escasso.

As ações voltadas à Saúde Mental, ao Planejamento Familiar, aos adolescentes e à Saúde do Escolar foram citadas por três diretores.

O grupo de Saúde Mental é realizado nas Unidades de Saúde uma vez por semana e conta com a participação do psicólogo, assistente social, ACS, farmacêutico, médico, enfermeiro, acadêmicos de psicologia e voluntários da comunidade. Como dispositivo para trabalhar este grupo, os profissionais responsáveis utilizam dinâmicas de grupo e artesanato, com vistas à inclusão social das pessoas vivendo com transtorno mental. Desde sua implantação a participação dos usuários com

transtorno mental na US tem aumentado consideravelmente, o que os diretores entendem como melhoria do acesso dessas pessoas à Unidade. Apontaram também como resultado o aprendizado e a conseqüente mudança do olhar dos profissionais em relação aos pacientes com transtorno mental, o que tem motivado, inclusive, a realização de estudos de casos em equipe, não restringindo as questões a alguns profissionais específicos.

As dificuldades relatadas dizem respeito à pouca adesão dos usuários, ao medo por parte de alguns profissionais em lidar com a questão do transtorno mental, à falta de materiais e recursos humanos para a realização das oficinas, ao número reduzido de psiquiatras na rede, e à necessidade dos profissionais terem que buscar os usuários em suas casas, devido à falta de entendimento da importância da ação por parte dos cuidadores.

A ação voltada ao Planejamento Familiar ocorre na própria US, semanalmente ou mensalmente, e conta com a participação de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS e médicos. Ela consiste em palestras sobre vários temas como: sexualidade, DSTs, fertilidade, contracepção dentre outros. A participação nesta ação é condição para a obtenção da consulta médica e dos medicamentos. Essa é mais uma ação que traz como objetivo ensinar os usuários, neste caso, a melhor forma de lidarem com os assuntos referentes à sua sexualidade. Diante dessa intenção de mudança dos estilos de vida dos usuários, os profissionais condicionam o acesso à medicação à participação dos usuários nas palestras. Neste sentido, mais uma vez, quando indagados das dificuldades enfrentadas para execução da ação, eles se referem às faltas freqüentes das mulheres no grupo, que só comparecem quando necessitam de medicação.

Os resultados dessa ação, por sua vez, segundo os diretores, podem ser visualizados: na redução dos índices de natalidade e de gravidez na adolescência, bem como na ampliação do acesso das mulheres às medicações contraceptivas e a conscientização das mesmas sobre a importância do cuidado em saúde.

As ações voltadas aos adolescentes acontecem no espaço da Unidade de Saúde e na igreja do território a cada quinze dias, com a participação de todos os

profissionais, sendo os psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros os que comumente estão à frente dessa ação. Algumas iniciativas políticas nacionais vêm sendo elaboradas pelo MS a fim de garantir a todos os adolescentes o acesso ao acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. Para tanto exigem das USs a organização da demanda e a identificação dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravo (BRASIL, 2008a).

A pouca adesão e a resistência dos adolescentes em freqüentar a Unidade apareceram como dificuldades à execução dessa ação. Apesar disso, os diretores apontaram já ser possível visualizar o aumento do envolvimento e do número de adolescentes participantes.

A ação dirigida à Saúde do Escolar é realizada algumas vezes na escola, outras na própria US ou em espaços disponíveis na comunidade. Sua freqüência varia e conta com o envolvimento de todos os profissionais da Unidade e acadêmicos da UFES. Segundo os diretores, essa ação requer necessariamente o mínimo de articulação com a escola – já que a população alvo está ligada a esta instituição – e com a família.

Nela os profissionais abordam vários temas relacionados à saúde, como, por exemplo, alimentação saudável, escovação dos dentes, cidadania. Além disso, as crianças passam por exames e consultas médicas, triagem visual, fonoaudiológica e psicológica. Essa avaliação clínica, segundo os diretores, é a condição para que o aluno possa se matricular na escola. Apesar de alguns avanços, a equipe da Unidade também enfrenta algumas dificuldades, tais como: problemas na relação da US com a escola, pouca adesão dos escolares e de suas famílias, falta de recursos humanos e grande número de alunos a serem acompanhados – problema este que se intensifica no início do ano quando todos querem ter garantida a sua matrícula.

Outras ações consideradas por dois diretores da região de Maruípe como de Promoção à Saúde foram: Atividade Física, Puericultura e a ação voltada à Saúde dos Homens.

As Atividades Físicas ofertadas pelas Unidades ocorrem necessariamente nos espaços fora das USs, em um parque e em uma área disponibilizada pela igreja do território. Essa ação acontece duas vezes na semana e conta exclusivamente com a presença do técnico esportivo. Não são vistas dificuldades na execução dessa ação, ante o aumento da procura pela prática do exercício físico.

A Puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de quatro a cinco anos. No Brasil, a Puericultura está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (SECCO et al., 2008). Elas são realizadas dentro da Unidade de Saúde, com frequência variada e seu resultado é a melhoria do vínculo mãe e filho. A principal dificuldade está na preferência dos usuários pela consulta com o especialista pediatra, ao invés de participar dessa ação. Usualmente, trabalham com a orientação de cuidados para com as crianças, desde o aleitamento materno, introdução da primeira alimentação, alimentação saudável e prevenção de acidentes na infância.

As ações específicas para a Saúde dos Homens acontecem em duas Unidades desta região. Há um grande envolvimento da equipe para que estas ações se realizem, mas a sua execução é feita, exclusivamente, por profissionais do sexo masculino. Os resultados ressaltados foram: a adesão dos homens à proposta, a articulação entre eles – o que resultou na criação de um time de futebol – e o envolvimento de alcoolistas e cadeirantes – que geralmente não freqüentavam a US, melhorando a auto-estima dos mesmos. Além de serem discutidos diversos assuntos trazidos pelos próprios usuários homens, são realizados exames médicos e odontológicos. Os temas são construídos coletivamente, fator este responsável pela grande adesão dos homens, no entendimento dos diretores. É de se destacar, ainda, que uma das ações voltadas a Saúde dos Homens surgiu por iniciativa dos próprios usuários.

Segundo Carvalho (2005), o envolvimento dos sujeitos na tomada de decisões em relação ao contexto em que vivem, faz com que eles se sintam mais úteis e, assim

potentes a participação pela construção de territórios vivenciais prazerosos, o que poderia explicar o sucesso das ações.

Por fim, cada uma das ações que se seguem foi citada uma única vez como de Promoção, são elas: “Oficina de Nutrição”, levada a termo por acadêmicos, voltada às crianças de baixo peso ou em risco nutricional; a ação denominada “Agente Jovem” conta com o envolvimento de vários profissionais de saúde, para proferirem palestras sobre os mais variados temas escolhidos pelos jovens a fim de torná-los “multiplicadores” no território; a ação “Cine Consolação”, que acontece duas vezes no ano, conta com a participação de todos os profissionais da Unidade e consiste na exibição de filmes com diferentes temáticas e discussão/debate dos mesmos; o “Dia da Mancha” acontece na US pelo menos uma vez por ano, com o envolvimento de todos os profissionais, com vistas a identificar problemas dermatológicos e encaminhá-los ao dermatologista, o que tem acarretado, segundo o diretor, na identificação precoce de hanseníase e câncer de pele, por exemplo.

Também foram citadas apenas uma vez: a ação “Anti-Tabagismo”, que ocorre semanalmente na Unidade com a participação do enfermeiro, médico, farmacêutico, psicólogo e assistente social; o “grupo com obesos” é um grupo recente, que conta com o envolvimento do técnico esportivo e dos acadêmicos de nutrição; o “grupo com Idosos” acontece mensalmente, no espaço da US e na comunidade, geralmente envolvendo na execução o enfermeiro, médico, ACS e técnico esportivo, os quais trabalham vários assuntos, inclusive temas voltados à sexualidade dos idosos, além de brincadeiras, teatro e passeios aos espaços turísticos da cidade. Os usuários participantes escolhem os temas a serem trabalhados pelos profissionais de saúde envolvidos. A maior disposição dos idosos é vista como consequência dessa ação, e não há dificuldade para a realização deste grupo.

Nota-se, portanto, que não foram listadas dificuldades pelos diretores nas ações como o “grupo com idosos”, a atividade física e a ação voltada à saúde dos homens. Todas essas envolvem os usuários na sua realização. Assim, uma vez tomados como partícipes, os sujeitos se sentem parte do processo, trabalhando junto com o profissional de saúde para a efetivação da ação da melhor forma possível para todos.

Finalizando as ações citadas uma única vez, a “Tenda Cigana” acontece esporadicamente, em média duas a três vezes no semestre. Este projeto foi desenvolvido por enfermeiros e farmacêuticos, e consiste em uma atividade lúdica, de leitura de cartas. Nessas cartas existem figuras que se relacionam a temas da saúde. Com elas os profissionais falam da importância das pessoas dedicarem um tempo de suas vidas ao cuidado consigo mesmas. Segundo o diretor que mencionou essa ação, as pessoas ficam muito impressionadas com que ouvem, chegando até a chorar.

A maioria das ações descritas acima, anunciadas pelos diretores da região de Maruípe como de Promoção à Saúde, assume um caráter educacional com vistas à mudança de comportamento, o que se vincula a própria concepção trazida pelos diretores sobre tal tema. Segundo eles a Promoção à Saúde é sinônimo de mudança de hábitos, de estilos de vida, de comportamento, o que foi destacado como algo difícil de se concretizar em curto prazo. Neste contexto, afirmam que os profissionais envolvidos nessas ações devem não só trabalhar com a prescrição medicamentosa, mas, sobretudo, ouvir e falar aos usuários para educá-los.

Além disso, os diretores consideram que estas ações precisam trabalhar a responsabilização do usuário para com sua saúde, fazendo-o entender seu papel enquanto cidadão e favorecer a criação de vínculo com a Unidade.

Ressalta-se o entendimento da Promoção como evitação de doenças por meio da mudança de hábitos. Assim, cabe ao profissional ensinar aos usuários o modo de se manter saudável e aos usuários cumprirem o prescrito. Neste contexto, “ouvir o usuário” significa compreender para controlá-los, saber o que eles pensam e utilizar os métodos mais eficazes de convencimento. Raramente se entende o “ouvir” como possibilidade de diálogo que permita construir juntos propostas de ação em saúde. Neste sentido, o sujeito é tomado como alguém que não sabe e que, portanto, deve ser ensinado sobre ser “cidadão” e ter “responsabilidade” para com sua saúde, por exemplo.

Alguns diretores acrescentaram que, além de educar os usuários, as ações de Promoção à Saúde devem possibilitar a construção de ambientes saudáveis, nos quais as pessoas possam expor suas vidas, suas histórias, dividir experiências e assim fazer amigos. Para eles, o contexto social dos usuários deve ser considerado para a efetivação da proposta da Promoção à Saúde. Justificam argumentando a existência de uma relação direta entre saúde e o ambiente, incluindo habitação, saneamento, emprego, transporte, lazer etc.

A construção de ambientes saudáveis já na *III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* foi apontada como um dos focos da Promoção, entendendo a saúde como estando intrinsecamente vinculada ao ambiente, em todos os seus aspectos: moradia, comunidade, trabalho, lazer, educação, estruturas econômicas e política, desigualdades sociais, cultura dentre outros. Para tanto o saber e as histórias dos sujeitos, o fazer junto, neste caso, é apontado como indispensável a essa construção almejada.

Foi freqüente também a associação da Promoção à Saúde à Prevenção de Doenças – como se uma não acontecesse sem a outra – e até mesmo a descrição de ambas como sendo a mesma coisa e, por sua vez, sinônimo de evitação e controle de doença.

Somente um deles marcou a diferença entre elas afirmando que a Promoção à Saúde não pode estar focada em uma determinada patologia, tampouco ser direcionada a grupos de risco, deve trabalhar com pessoas saudáveis abordando questões relacionadas a aspectos sociais, psicológicos e emocionais, necessitando a articulação entre os diversos setores da sociedade.

Essa diferenciação entre Promoção e Prevenção é feita com muita propriedade por Buss (2003), o que não significa valoração de uma ou de outra. O autor lista algumas diferenças referentes à concepção que carregam de saúde, o modelo de intervenção utilizado, alvo, incumbência, abordagens, direcionamento das medidas, objetivos e executores da ação.

A Prevenção de Doenças entende saúde como ausência de doença, para tanto, o profissional, como responsável por gerir essa ação, se utiliza de um modelo de intervenção médico focado em uma patologia específica. Essa ação assume uma abordagem direcionadora e persuasiva no sentido de evitar doenças, voltada, principalmente, aos grupos de alto risco da população (BUSS,2003).

A Promoção à Saúde, por sua vez, adota o conceito positivo e multidimensional da saúde, neste caso, todos os atores – organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais dentre outros – são potentes à execução dessa ação, a qual aborda a rede de temas em saúde.

Dito isso, fica clara a diferenciação conceitual entre uma e outra. Contudo, como pudemos apreender, na prática elas são facilmente confundidas, o que resulta, na maior parte das vezes, na sobreposição da Prevenção sobre a Promoção, como se pôde perceber.

Por fim, expomos os entraves apontados pelos diretores para a efetivação da proposta da Promoção à Saúde. Eles se constituem de aspectos de difícil resolução, pois dizem respeito às questões conceituais e ideológicas. Aqui chamamos de entraves os itens mencionados pelos diretores, tais como: a falta de clareza do que seja Promoção à Saúde, a formação dos profissionais voltada ao curativismo – o que remete a uma valorização de atendimento médico para a cura do indivíduo – e a questão cultural, que perpassa os usuários, e faz com que eles também valorizem as consultas médicas.

Acrescido disso é ressaltada a dificuldade de “convencer” a população da importância de ações como de Promoção à Saúde. Além disso, os diretores pontuam que a busca por resultados rápidos e por produtividade faz com que a ESF priorize os pacientes mais graves (hipertensos, diabéticos, tuberculosos, portadores de hanseníase dentre outros), ao invés de pessoas saudáveis, o que acaba por protelar a efetivação da Promoção.

9.3 AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DA UNIDADE DE SAÚDE DE ANDORINHAS

As ações de Promoção à Saúde são retratadas pelas concepções que se têm sobre saúde, mundo, sujeito e, mais especificamente, sobre a própria Promoção à Saúde. São as concepções que vão orientar as ações nos mais variados sentidos e, conseqüentemente, influir nas relações que serão estabelecidas, por exemplo, entre profissionais e usuários.

A Promoção à Saúde é um campo de conhecimento e prática em construção, razão pela qual se faz acompanhar de práticas diversas, baseada nos entendimentos também distintos sobre o assunto. As diferentes concepções sobre o tema da Promoção e os conceitos que o circundam vão direcionar as ações em sentidos diversos. Vale destacar que essa diversidade de entendimentos não está associada a conceitos maniqueístas, como de entendimentos bons e maus, por exemplo; mas é importante acessar essas concepções para uma maior compreensão das ações delas decorrentes.

Com isso, afirmamos a relevância de criar espaços de discussão e questionamento dessas práticas, para que não se realize um trabalho pensando estar fazendo uma coisa, quando na realidade o trabalho está direcionado no sentido oposto.

Dito isso, iniciamos este capítulo com a discussão das concepções trazidas pelos profissionais e usuários sobre Promoção à Saúde e de temas que a circunda, para então apresentarmos as ações consideradas por eles como de Promoção com as respectivas problematizações suscitadas em cada uma delas.

Em Andorinhas é constante entre os profissionais a associação da Promoção à Saúde à Prevenção de Doenças. A maioria descreve a Promoção à Saúde como sinônimo de Prevenção de Doenças. Para eles, a promoção consiste em evitar o aparecimento de doenças, tendo como objetivo manter as pessoas vivas e saudáveis.

Essa indiferenciação acompanha o pensamento de Leavell e Clark (1976) que toma a Promoção à Saúde como Prevenção Primária. Nessa linha de raciocínio cabe ao

profissional, dotado de seu conhecimento técnico, operar intervenções que mantenham as pessoas livres de doença.

Quando você faz promoção da saúde você tá fazendo prevenção dos seus agravos. A gente tem que ensinar uma pessoa a comer para ela não adoecer, ensinar ela a ter higiene para ela não ter problema, não ter uma verminose, uma escabiose, uma pediculose. A gente tem que segurar a onda aqui senão vai parar lá na alta complexidade. Você ensina aqui para fazer o preventivo todo ano, a mulher não vai fazer quimioterapia lá no Santa Rita, ela não vai ter câncer de colo de útero (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

O foco é evitar o aparecimento de enfermidades – que consiste justamente na proposta da Prevenção de Doenças – cabendo ao profissional transmitir seu saber e aos usuários cumprir as orientações do saber médico.

Nesta perspectiva, estão sendo executadas ações de Prevenção de Doenças no lugar das ações de Promoção à Saúde, as quais valorizam os vários aspectos para além da ausência de doenças e enfatiza o saber e as escolhas dos sujeitos no processo de transformação de condições precárias de existência. Dessa forma, a Promoção propõe um agir coletivo sobre as condições de vida que acarretaram as verminoses, escabioses, pediculoses. A Promoção à Saúde considera assim, o contexto, a história, as várias relações estabelecidas cotidianamente que produzem os modos de vida das pessoas, o que possibilita a compreensão da lógica de determinada mulher, por exemplo, ao escolher não fazer o preventivo.

Isso não significa desmerecimento do valor dos exames preventivos, por exemplo, mas em problematização da existência de uma lógica norteadora da vida das pessoas, muitas vezes desconhecida pelos profissionais, determinante no processo saúde-doença e que, portanto, deve ser considerada e trabalhada no encontro entre profissionais e usuários para que o cuidado não dê lugar à pura determinação do que deve ser feito e do que deve ser evitado. Neste sentido a Promoção à Saúde afirma o tênue limite entre o cuidado e o controle, se propondo a *fazer-por* (alguma coisa), mas também *fazer-com* (alguém) e *através-de* (um grupo, uma organização). O controle sobre o pensar e o agir das pessoas dá lugar a um cuidado que estima pela transversalidade das relações para a construção compartilhada de outros modos de fazer saúde.

Percebe-se assim, que a Prevenção de Doenças e a Promoção à Saúde se complementam, mas não se equivalem. Cada uma delas carrega seu próprio entendimento – distintos entre si – sobre saúde, mundo e sujeito. Em decorrência dessa distinção a relação entre profissionais e usuários será, também, diversa conforme um ou outro entendimento, na efetivação de uma ou outra ação. Estes diferentes entendimentos irão influir, diretamente, na relação que será construída na execução de cada uma das ações, entre profissionais e usuários, por exemplo.

Enquanto a ação de Prevenção é norteadada por concepções biomédicas, que têm a saúde como ausência de doenças, a Promoção, adotada neste estudo, tem por base o paradigma que valoriza as escolhas dos sujeitos, uma vez que concebe a saúde como a possibilidade dos sujeitos inventarem novas normas para lidar com a imprevisibilidade do meio. Nesta perspectiva, a saúde não é tomada como um conceito exato, padronizado para todas as pessoas, ela se vincula a um amplo espectro de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, subjetivos. Com base nessa concepção a Promoção propõe um trabalho coletivo de potencialização dos sujeitos como protagonistas de suas próprias vidas e de transformação das condições desfavoráveis de vida.

Esta indiferenciação entre Promoção e Prevenção, inclusive, é apontada por alguns profissionais como um entrave à efetivação da Promoção à Saúde.

Considero que ninguém sabe o que é Promoção, tampouco que existe uma diferença entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, por isso a Promoção tá tão longe ainda de se concretizar, o que acontece é Prevenção, não há ainda ações efetivamente de Promoção (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Esta afirmação traz a certeza do predomínio das ações de Prevenção sobre as ações de Promoção pelo seu desconhecimento. O predomínio de uma ação sobre a outra se vincula às próprias perspectivas de uma e outra ação: enquanto a prevenção trabalha por evitar a doença, a Promoção vai agir com todos os atores sociais pela transformação de condições perversas de existência. Neste sentido a forma de execução da prevenção é transmitida aos profissionais já em sua formação acadêmica, os quais, munidos de conhecimento técnico sobre as patologias e os fatores capazes de gerar doença, são capazes de executar a prevenção. A Promoção à Saúde, por sua vez, é uma intervenção construída coletivamente no

encontro, envolvendo os diversos setores, saberes e sujeitos para as mudanças necessárias a um determinado contexto, difíceis de serem ensinados através de manuais.

Na perspectiva que a Prevenção depende prioritariamente do saber e da ação dos profissionais, ela é extremamente valorizada pela Academia, ao contrário da concepção de Promoção que suscita mudanças nas relações desiguais de poder, que não requer respostas prontas dos profissionais, mas uma escuta do outro para a co-construção do mundo.

O conhecimento técnico também tem sua importância na efetivação da Promoção à Saúde, mas ele, por si só, não basta para a concretização da proposta, visto ser imprescindível a articulação dos vários setores da sociedade para tentar dar conta dos determinantes sociais, políticos, econômicos, educacionais, ambientais, culturais, que estão na gênese do processo saúde-doença (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WESTPHAL, 2006).

Diante do que foi discutido, reiteramos a importância da diferenciação entre a Promoção à Saúde e a Prevenção de Doenças, para que as propostas da Promoção não sejam deixadas de lado. Falamos da Promoção como preterida à Prevenção, porque entendemos que diante do novo, do amplo, de uma perspectiva que vai além do que nossa especificidade técnica é capaz de dar conta, tendemos a fazer o tradicional: prevenir doenças.

Essa tendência foi percebida por Peixoto-Pinto (2008) em sua análise da PNPS. Diante da dificuldade de propor ações condizentes com a riqueza de seus princípios, a PNPS acabou por indicar ações que se aproximam da Prevenção de Doenças, deixando de lado, por exemplo, a discussão sobre a viabilidade das propostas intersetoriais e a menção de ações concretas voltadas ao desenvolvimento econômico, tema valorizado na Promoção.

Há ainda outro entendimento trazido pelos profissionais: Promoção à Saúde igual à Educação em Saúde. Para estes profissionais uma ação para ser considerada de Promoção à Saúde deve trabalhar pela educação das pessoas, transmitindo-lhes

informação. Assim consideram possível formar multiplicadores e mudar comportamentos.

Na ação de Promoção a gente ensina que usar a camisinha não corre o risco de pegar um câncer de colo de útero, que é o único câncer que a gente pode prevenir no mundo. [...] Eu pego a maquetizinha, mostro o útero, mostro o que é o preventivo, o que eu vou fazer. No preventivo eu tenho que ver essa partezinha aqui do útero, nesse lugarzinho aqui, no colo do útero, é o lugar que tem mais chance de ter câncer. E é Promoção também porque um vai falando com o outro: Oh vai fazer preventivo, porque você pode ter câncer de um ano para o outro. Então, eu acho que está promovendo porque eles são multiplicadores (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Eu não conheço muito a fundo a Promoção, mas é mudar o estilo de vida. Tudo, né? Trabalhar tudo, mudança de estilo de vida, atividade física, trabalhar a alimentação, a gente não tem nutricionistas nas Unidades. As pessoas comem errado, isso acaba levando a diabetes, a hipertensão. Não adiante ficar tratando diabetes e hipertensão, tem que mudar a alimentação do povo. A inclusão do técnico esportivo já foi ótima, mas está faltando o nutricionista, a alimentação está muito errada (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Promoção da Saúde é ensinar comer, beber, se lavar, se exercitar, falar, respirar. A gente vai morrer ensinando a comer, lavar vasilha, lavar banheiro, lavar calcinha, lavar perereca, se limpar, lavar a mão, cortar a unha, que tem que fazer o pré-natal, vamos morrer falando isso, o resto da vida (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Este entendimento se aproxima da concepção que foca suas ações na proposta de evitação de doenças por meio da transformação do comportamento das pessoas. Nesta perspectiva, o profissional se utiliza de um modelo educativo behaviorista que entende que cabe a ele ensinar ao usuário o modo ótimo de estar na vida, “ensinar comer, beber, se lavar, se exercitar, falar, respirar”.

Neste aspecto, Camargo Júnior (2007) chama atenção para o fato da intenção do “setor saúde” penetrar a totalidade da vida humana com prescrições técnico-científicas. Tal intromissão pretende alcançar até mesmo o modo de falar e respirar das pessoas, trazendo como proposta a determinação de um modo ideal de “falar” e “respirar”, por exemplo.

Neste contexto, o modo do sujeito levar a vida não é considerado, ao contrário trabalha-se com a idéia da existência de um ideal de comportamento e com a certeza de que as pessoas devem ser ensinadas na sua forma de funcionamento, para que este comportamento se efetive. Os sujeitos são tomados como aqueles que devem acatar prescrições, independente das condições de vida, das relações

que constroem cotidianamente sua história e que o faz optar por um determinado comportamento e não outro, por exemplo.

Trata-se de um sujeito idealizado, detentor de condições mínimas para uma sobrevivência com dignidade, que uma vez ensinado tem condições de se manter saudável. Para Onocko Campos & Campos (2006) essa idéia traz uma representação congelada, diríamos também inocente do usuário, que pode levar a uma relação de subserviência, de exclusão dos sujeitos pela não escuta de suas histórias e de suas vivências – determinantes para as transformações desejadas no campo social de modo geral – que cotidianamente constroem sua vida.

Assim, na busca da saúde perfeita o profissional assume uma postura de superioridade em relação aos usuários, já que supõe ser ele o possuidor do conhecimento capaz de garantir o bem estar da população. Ao usuário cabe se esforçar por mudar o hábito de vida indicado como não-saudável. Tendo adquirido as informações necessárias à sua saúde, compete a cada um, individualmente, a conquista pessoal pela saúde ideal.

A Promoção não depende do profissional de saúde, depende da pessoa, do cidadão. [...] Eu acho que Promoção da Saúde tem que incutir na cabeça das pessoas que a maioria da promoção é feita a partir do momento que a pessoa resolve mudar. Ela tem que resolver mudar o estilo de vida dela, ela tem que resolver fazer uma dieta mais saudável. Não adianta a gente ficar encaminhando para o professor de educação física, ela quem vai ter que ir lá, fazer a atividade física (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Tem gente que fala assim: a prefeitura deveria fazer mais, mas nós já ensinamos, a prefeitura não tem mais o que fazer, agora é consciência, é mudança de hábito (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Sendo assim, até se reconhece o controle do sujeito sobre sua vida, mas é um controle que se reverte em culpabilização das vítimas por suas mazelas, caso não consigam atender o que foi prescrito e se manter saudável. Em verdade o usuário é envolvido no cumprimento das determinações – é ele quem irá acatar ou não – e como propagador das informações passadas pelos profissionais de saúde, como “multiplicadores”. Contudo ele não é envolvido como sujeito ativo nas negociações e construções necessárias ao processo saúde-doença, ele permanece como dependente do saber médico para a manutenção de sua saúde.

Fica clara a perspectiva filosófica individualista que condiciona a saúde e o bem estar das pessoas a fatores individuais, deixando de abordar as questões sociais, por exemplo, que envolvem a vida destes sujeitos. Tampouco considera a importância da ação conjunta para a construção de condições de vida favoráveis à saúde. Ao contrário, a fala “a prefeitura não tem mais o que fazer”, traz uma concepção fragmentada de que cabe a cada um uma tarefa, ou seja, se a prefeitura ofertou um determinado ensinamento não resta o que fazer, “agora é consciência, é mudança de hábito”. A saúde, neste caso, se vincula a um esforço pessoal de cada indivíduo de adotar hábitos saudáveis e da consciência da importância de atender aquilo que lhe foi ensinado pelos *experts*, independente das adversidades que o sujeito possa estar vivendo.

Isso se relaciona também a concepção de risco com a qual estes profissionais trabalham, ou seja, ao se fixar na existência de uma relação de causa e efeito entre um determinado comportamento e seu resultado acabam por não abordar questões importantes envolvidas ao processo saúde-doença, como, por exemplo, o acesso ao saneamento básico, educação, lazer, alimentação, habitação, trabalho, transporte etc.

Quanto a isso Ayres (2001) problematiza sobre a possibilidade de estar se trabalhando pelo fortalecimento dos interesses do capital, já que essa prática pode acarretar na isenção da responsabilidade de se promover as mudanças necessárias à qualidade de vida, e, conseqüentemente, incitar o consumo de medicamentos e outros produtos de saúde pela ilusão de um bem estar permanente.

Essa prática baseada na prescrição de comportamentos considerados pelos profissionais como melhores à saúde dos usuários, supõe prejuízo à autonomia dos sujeitos e à potência de articulação com o outro para a invenção de territórios vivenciais prazerosos, já que compete a eles, ao serem educados, acatarem as determinações de um saber médico. Porém, em uma relação de poder há também resistência, o que se evidencia quando os usuários afirmam que vivem do jeito que se sentem melhor.

A gente até ouve, mas a gente faz do nosso jeito. Essa forma de palestra até ensina alguma coisa, mas é na prática que a coisa acontece. Eu até sei

que não posso comer sal, mas não dá, não é tão simples assim, tem uma festinha, às vezes a gente tá mal, não dá para mudar assim. Prefiro aquele outro grupo que a gente vai falando as dúvidas e vai aprendendo na prática (USUÁRIO).

O usuário se afirma como gestor e inventor de sua própria vida, baseado em seus interesses e valores. Isso vai resgatar a importância de tomar os sujeitos como imprescindíveis no processo de produção de saúde. Os seres humanos são instituídos e instituintes, por isso, insistir na participação de todos os atores no processo de invenção da vida.

Nesta linha de raciocínio, de valorização do encontro entre os sujeitos, se insere um outro entendimento, trazido pelos profissionais e corroborado por alguns usuários, sobre a Promoção à Saúde.

O objetivo é a questão do relacionamento porque nós nos relacionamos muito pouco, é tornar as pessoas mais felizes, mais unidas. [...] É construir junto as coisas, todo mundo contribui de alguma forma, dá outro brilho, dá outra forma e acrescenta para todos (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

A idéia é a gente se conhecer, a gente se unir, porque a gente vive distante um do outro, é vizinho mas nem fala direito um com o outro. Então é uma oportunidade para se conhecer melhor, para conduzir alguma parte da vida junto, fazer junto e trocar o que a gente sabe que pode fazer bem para o outro, tipo ensinar a fazer sabão, aí ele vai ter como trabalhar (USUÁRIO).

Este entendimento está contido no segundo grupo de concepções de Promoção à Saúde trazida por Buss (2000), que valoriza o fazer junto, a troca de experiências, o envolvimento dos sujeitos para as mudanças necessárias. Dessa forma, a saúde não está restrita a um bem-estar físico, ela passa a ser entendida como a possibilidade de estar com outro, de se relacionar, de ter uma renda, de poder trabalhar, como mencionado pelo usuário.

A ação de Promoção à Saúde, neste caso, é uma oportunidade das pessoas se conhecerem, se reunirem, se aproximarem uma das outras, trocarem saberes e experiências, agirem coletivamente por melhores condições de vida, a fim de tornarem-se mais felizes.

Para Ayres (2007) essa felicidade deve ser tomada como sentido último de toda a práxis. Assim sendo, trabalha-se pelo e com os projetos de felicidades dos sujeitos, que, por sua vez, têm a ver justamente com este relacionar-se com os outros,

valorizado nas falas acima. “Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos” (p. 56). Neste sentido, é na relação, inclusive, que nos fazemos enquanto sujeitos e co-produzimos continuamente, histórica e socialmente, mundo, interesses, valores e o nosso próprio entendimento sobre felicidade.

Por isso, o autor evidencia a felicidade como um ideal eminentemente *político*, que envolve as escolhas dos sujeitos, as negociações cotidianas de interesses e valores. Para tanto, a autonomia é valorizada como imprescindível a este projeto de felicidade. A autonomia não é aqui entendida como sinônimo de independência, mas como capacidade de lidar com a rede de dependência, na qual estão imersos de forma problematizadora e ativa. Assim os sujeitos contribuem com suas experiências, saberes e escolhas na invenção de possibilidades de existência potentes à expansão da vida.

Nesta perspectiva o sujeito é tomado não como aquele que deve acatar determinações, mas como aquele que tem a contribuir imensamente na construção de melhores condições de vida. Assim ninguém assume um lugar de superioridade em relação ao outro. Nas falas transcritas acima se entende: todos, profissionais e usuários, podem contribuir, igualmente, com seus saberes, para a construção de melhorias à vida de todos.

Para Carvalho (2005) a ação baseada neste entendimento só tem a contribuir para reforçar o sentimento de pertinência dos sujeitos à coletividade. Assim, acaba-se por intensificar o sentimento de confiança e solidariedade entre os sujeitos, o que remete ao compromisso social e conquistas compartilhadas para o bairro, para os sujeitos, para a saúde das pessoas, para a vida dessa população.

Este entendimento, inclusive, se relaciona com o histórico deste bairro, marcado por muitas lutas coletivas e mobilizações sociais para sua estruturação. Isso, por sua vez, pode se ligar ao fato de que muitos usuários trouxeram em suas falas a preferência por ações coletivas voltadas às questões cotidianas da vida, que, na visão explicitada por eles, estão diretamente relacionadas à saúde das pessoas. No diálogo com usuários:

USUÁRIO 1 - A gente tem que estar mais junto, porque, nesses tempos, a gente perdeu muita coisa que a gente tinha, tipo a linha de ônibus que passava aqui. E a Unidade de Saúde? Construíram primeiro lá em Santa Marta, uma toda grande. E nós? Há quanto tempo?

PESQUISADORA - Mas essas discussões - por exemplo, do ônibus - compete a Unidade de Saúde?

USUÁRIO 1 – Sim, com certeza, não só a ela, mas também a todos nós, a associação de moradores, né?. Isso é Saúde. Uma outra coisa é criar um grupo de culinária, corte costura. Trabalho é saúde e eu sei que outras Unidades já tem isso.

USUÁRIO 2 - Eu adoro cozinhar, queria muito esse curso, acho que falta isso. Eu também gosto de grupo, porque você conhece as pessoas. Eu não conhecia ninguém, só ficava sozinha, desde que eu estou no grupo da atividade física, desses grupos, não fico mais sozinha em casa.

USUÁRIO 3 - É mesmo todo mundo te conhece agora, né?

USUÁRIO 4 – Grupo bom era aquele dos homens, mas teve pouco, tão bom. Tem que voltar, era só com os homens. A gente ia lá para conversar de várias coisas e pensava o que ia sair na outra. Alguns voltaram a se encontrar, pensar em coisas juntos. A gente se sente bem. Era bom, hein.

Vale destacar que foi unânime entre os usuários presentes na entrevista coletiva a importância atribuída à criação de grupos de geração de renda, como, por exemplo, aqueles voltados à culinária e ao corte e costura. Para eles, grupos deste tipo podem e devem ser desenvolvidos na Unidade de Saúde – articulada com o centro comunitário – já que estes grupos se relacionam também à saúde das pessoas.

Assim, os usuários afirmam outros aspectos ligados à saúde, como por exemplo, a oportunidade de trabalho e a ação conjunta pela estruturação favorável do bairro, que condiz com o entendimento de Promoção à Saúde valorizado neste estudo, que além de relacionar a saúde a uma gama de fatores determinantes e condicionantes, afirma como fatores importantes para produção de saúde a distribuição de poder, a valorização do saber do outro, os espaços de diálogo, capazes de co-produzir sujeitos autônomos, potentes à luta por melhores condições de vida e por mudanças nas relações, que, muitas vezes, os colocam em posição de submissão aos *experts*, ao Estado, aos serviços de saúde.

Nesta linha de entendimento predominam espaços de troca de saberes, potentes à co-produção de melhores condições de vida. Assim, este entendimento sobre

Promoção à Saúde valoriza imensamente os relacionamentos, de tal forma que o objetivo primeiro passa a ser o compartilhamento para a co-invenção da vida.

Contudo, este entendimento conflita com os interesses do paradigma dominante que prima pelo “cada um por si”, pelo não contato, pela competição para a obtenção de mais e mais lucro, pela produção a qualquer custo, marcada por relações verticalizadas; um paradigma que não tem interesse na potencialização de sujeitos da ação, que lutem por melhores condições de vida.

Na prática, muitas vezes, as ações, que trabalham focadas na proposta de ampliação da autonomia dos sujeitos para co-construção da rede de saúde e de melhorias do contexto em que vivem, enfrentam dificuldades para se concretizar. Neste sentido, não há uma ação totalmente focada na autonomia. Há momentos, em algumas ações em que estas questões são destacadas como importantes ao processo saúde-doença, o que é um avanço, tendo em vista ser uma perspectiva contra-hegemônica.

Um outro entendimento sobre Promoção à Saúde, trazido pelos profissionais, é o da Promoção como sinônimo de programas ministeriais. Na fala do profissional: “Promoção são todos aqueles programas do ministério que a gente tem que desenvolver”.

Essa concepção tem sido uma constante nas Unidades de Saúde, tanto que as dez ações mais citadas, entendidas como de Promoção à Saúde – tanto no espaço dessa pesquisa, quanto no levantamento feito no município como um todo – são aquelas voltadas ao cumprimento destes tais programas ministeriais.

Apesar de todo o movimento de descentralização, o poder do MS permanece forte na indução de políticas, projetos e programas que devem ser cumpridos pelos municípios e, conseqüentemente, pelas Unidades de Saúde, isso porque prevalece um desequilíbrio, principalmente, entre o poder financeiro da União em comparação, por exemplo, com o do Município.

O repasse regular e automático de recursos do MS aos estados e municípios se dá, contudo isso não significou, necessariamente, ampliação do poder e da autonomia dos municípios na elaboração de seus próprios projetos de saúde, nem na inclusão das Unidades de Saúde – que conhecem de perto a realidade da população com a qual trabalham – na elaboração destes projetos. Tem-se, na maior parte das vezes, que os projetos de saúde dos municípios continuam orientados pelo que o MS entende como prioridade (CAMPOS, 2006).

A título de exemplo, consta na PNAB que o Piso da Atenção Básica, destinado ao financiamento de ações neste nível de atenção, pode ser corrigido mediante o cumprimento das responsabilidades e estratégias mínimas estabelecidas pela PNAB, podendo ser agregadas outras áreas estratégicas de atuação de acordo com as necessidades regionais. No entanto, os municípios, na figura das Unidades de Saúde, acabam por priorizar as estratégias mínimas – que não são poucas – estabelecidas pelo MS como prioritárias, até mesmo para assegurar o repasse e possíveis reajustes de financiamento.

Assim, a forma verticalizada como estes programas chegam a Unidade de Saúde por vezes acaba por reforçar uma lógica de produção hierarquizada (cabendo a Unidade cumprir as determinações ministeriais), que no entendimento dos profissionais dificulta a realização de outras ações que poderiam ser relevantes àquela comunidade.

Ninguém quer mais nem saber o tema da ação. A ordem é produção. O profissional tá desestimulado, desencantado, o profissional trabalha pensando no usuário, no bem estar dele e os órgãos lá em cima pensando na produção. A gente tinha um grupo de homens, só participavam homens, porque eles quase não vêm a Unidade. Não tem mais. [...] O que importa é o número, o profissional vai desanimando (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

O grupo dos Homens, eles vieram e ficaram maravilhados, gostariam de voltar. Mas as exigências são muito grandes e aí você acaba fazendo o que eles querem. Essa é a exigência, tem que fazer a produção. E aí deixa coisas de lado que a comunidade realmente precisa. Neste grupo, quando a gente ia passar, por exemplo, fazíamos teatro para eles, quando íamos passar para eles fazerem aí acabou. Veio a exigência e a gente parou com tudo. Fizemos o grupo de crianças, “Futuro do Amanhã”, que você até viu, muito legal. Tivemos momentos muito bons. Mas tivemos que parar (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Chega tanta coisa pra gente fazer. Aí chega isso e a gente acaba fazendo isso, às vezes de uma forma muito padronizada, aí deixa as outras coisas, importantes para a comunidade de lado (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Foi unânime entre os profissionais envolvidos nesta pesquisa o entendimento de que a intensificação das ações já existentes e a criação de novas ações estão comprometidas, ou são inviáveis, em decorrência da quantidade de exigências e metas advindas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde; da quantidade de programas a serem cumpridos, também enviados pelo Ministério e pela Secretaria. Assinalam que a supervalorização da produção, independentemente da forma como as ações têm sido trabalhadas; a falta de envolvimento dos profissionais da US na tomada de decisões acerca das ações desenvolvidas naquele contexto, resulta na verticalização de algumas decisões e gera entraves para a criação de ações específicas e necessárias para a comunidade.

Essa situação, por vezes, pode resultar em ações descontextualizadas e pouco efetivas, já que tais decisões não condizem, muitas vezes, com a realidade da comunidade e com os interesses e pretensões dos atores – profissionais e usuários – diretamente vinculados a essas ações. Ambos, neste caso, são excluídos da construção da ação.

Certamente, a Unidade de Saúde, por meio dos profissionais de saúde, irá aderir e executar tais ações priorizadas por tais instâncias, até mesmo por uma questão financeira, como discutido anteriormente, contudo, muitas vezes, essa ação vai acontecer sem ao menos uma discussão coerente de suas propostas, ou até sem que haja o entendimento de seu significado – o que resulta em prejuízo às próprias metas pensadas pelo MS e pela SEMUS, no caso – simplesmente porque os profissionais e usuários não fizeram parte daquilo que foi pensado como ação (BAPTISTA, 2007; CAMPOS, 2006).

Pudemos apreender, por meio das observações uma freqüente reprodução dessa relação verticalizada na ação, no caso, entre os profissionais – que têm que executar determinada ação – e os usuários – que têm que comparecer e satisfazer os índices de produção de determinada ação.

Nestas relações cotidianas se constroem o mundo, a saúde e os sujeitos, daí a importância delas serem problematizadas e colocadas em análise constantemente. Muitas vezes, em nome de uma proposta politicamente correta, como da Promoção à Saúde, por exemplo, que anuncia valorizar a participação dos vários atores da saúde, acabamos, na prática, por reproduzir a lógica de que existem os que sabem mais e que, portanto, estão autorizados a ditar as regras; e aqueles que devem cumpri-las.

De qualquer forma, os sujeitos instituintes vão tentar se guiar no sentido de poder assegurar a gestão sobre o seu próprio corpo, agir de acordo com seus próprios interesses e valores, bem como viver do seu próprio jeito. Neste sentido, as resistências a essas determinações transparecem de várias maneiras, tanto da parte dos usuários, quanto da parte dos profissionais, seja não comparecendo à ação, seja nas conversas paralelas, seja não se envolvendo efetivamente, seja incluindo, nessas determinações, a sua forma de trabalhar, de acordo com o que entende como importante.

Ah, a Semana do Idoso, aí chega esse comunicado da SEMUS que é a semana do idoso, semana do DST/AIDS, semana disso, semana daquilo... [...] Aí a gente tenta incluir essas outras coisas, que são também importantes para a comunidade, nisso que chega (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Com isso se afirma que mesmo diante da indução, por parte de instâncias governamentais, de programas a serem cumpridos pelas Unidades de Saúde, é possível imprimir o que estes atores juntos consideram importante ser trabalhado em suas vidas. Os programas ministeriais, mesmo tendo um caráter impositivo e padronizado, são passíveis de serem trabalhados com vistas a conquista do protagonismo social e da autonomia dos sujeitos.

Neste contexto de possibilidades de afirmar outros modos de fazer saúde, Baptista (2007) convoca todos os atores a saírem da posição de subordinação e se posicionarem como importantes e indispensáveis no processo de construção e elaboração de políticas, programas e projetos condizentes com a realidade local.

Para tanto afirmamos, mais uma vez, a necessidade de se por em análise essas relações construídas cotidianamente, tanto entre profissionais e usuários, quanto

deles em relação a essas instâncias governamentais, até mesmo com vistas a trabalhar alguns entraves, apontados por profissionais e usuários, à efetivação da proposta de Promoção à Saúde, como, por exemplo, a pouca adesão dos usuários e a pouca disponibilidade dos profissionais em se responsabilizarem pela efetivação da ação.

Entendemos que essa pouca adesão e este pouco envolvimento, anunciados por estes atores e percebidos por nós, são decorrência das relações que têm sido estabelecidas neste cenário, da maneira como cada um destes atores vê o outro, seja como incapaz e/ou como superior.

A gente tem que ensinar igual criança. Usou vinte e um comprimidos, acabou na segunda, ultimo dia conta terça, quarta, quinta, sexta, sábado, domingo, segunda, sete dias de descanso. Você acabou na segunda, por exemplo, só na outra terça que você vai tomar, mesmo se vir ou não. A gente ta fazendo assim, beeeeeemm, como se fosse para analfabeto (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Eu vejo essa falta dos usuários como falta de responsabilidade da comunidade com a sua saúde. [...] A gente dá as opções, por exemplo, de métodos contraceptivos. Qual você quer? Ele faz a escolha. A gente não pode impor, lógico que se ele falar eu quero esse, a gente fala: esse não vai ser tão eficaz para você (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

No caso deste exemplo, o usuário é visto como um incapaz, o que se reverte em uma ação marcada por uma relação verticalizada na qual predomina, como pudemos presenciar neste caso, a opinião do profissional, pelo menos aparentemente, independente da concordância por parte do usuário. Entretanto, como dito, essa predominância pode ser apenas aparente, visto que, em seu cotidiano, o usuário pode, por exemplo, continuar a usar o contraceptivo que considera melhor para si, mantendo a sua escolha.

Como nos diz Stotz & Araújo (2004), prepondera uma visão de mundo que nega a história, o saber dos sujeitos sobre sua própria vida, o profissional é quem assume o papel de agente conessor de saúde à população, o que significa que o usuário não é incluído como sujeito ativo do processo saúde-doença, muitas vezes, desconhece até mesmo a razão de estar em uma determinada ação, vai porque tem que ir.

Muitas vezes, as pessoas não vem porque gosta de reclamar mesmo e outras nem vê o motivo daquilo, acha bobeira aquelas palestras. [...] Mas

uma coisa é certa são muitos grupos e a gente tem que ir em um monte, aí não dá, a gente vai acabar faltando um ou outro mesmo, não dá tempo de estar em todos, a gente é um só. Tem filho pra cuidar, marido, casa. Às vezes a gente até esquece (USUÁRIO).

Essa fala aponta para o fato de o usuário estar sendo fragmentado em várias ações, como observamos; um mesmo usuário está presente em várias ações diferentes disponibilizadas pela US. Com isso, o profissional acaba se relacionando com a doença e o sintoma sem considerar as histórias, experiências, vivências do sujeito, as quais se vinculam diretamente a todos estes fatos (“doenças e sintomas”) presentes em suas vidas.

É preciso e possível que essas ações sejam construídas conjuntamente para que essas questões – ter “filho pra cuidar, marido, casa”, como no exemplo acima – sejam consideradas, e não permaneça uma visão do outro, do usuário, neste caso, como apenas aquele que não se esforça, que não tem responsabilidade para com sua saúde, que não quer nada com nada e que por isso deve ser tomado como um incapaz a ser socializado e treinado, como nos diria Freire (2003).

Vale destacar que neste cenário não há vítimas nem vilões, estamos falando de relações. Sendo assim, neste caso, em que predomina relações verticalizadas, o próprio usuário afirma o lugar de superioridade do profissional. Na fala do usuário, tem-se a defesa de uma relação autoritária entre profissionais e usuários, concebendo inclusive, o grupo como propriedade do profissional: “O profissional tem que cobrar mesmo a presença das pessoas de forma mais enérgica, para que o grupo dele aconteça”.

São muitas as relações a serem trabalhadas, para a efetivação da Promoção à Saúde, seja entre usuários e profissionais, seja deles entre as instâncias governamentais – como discutido acima – seja dos usuários entre si, seja dos profissionais entre si. No que diz respeito a essa relação dos profissionais entre si, por exemplo, a falta de comunicação é freqüente, a ponto de duas ações, destinadas a um mesmo usuário, acontecerem ao mesmo tempo e, algumas vezes, inclusive, com temas muito próximos. Na fala de um profissional: “Na maioria das vezes um profissional nem toma ciência do que o outro está desenvolvendo”.

Discutido os entendimentos sobre Promoção à Saúde, anunciados pela população alvo dessa pesquisa, apresentaremos a seguir as ações consideradas por eles como de Promoção com as análises que entendemos pertinentes a cada uma delas.

No curso da nossa estada na US de Andorinhas, tomamos ciência da existência das seguintes ações consideradas pelos profissionais como de Promoção à Saúde: “Atividade Física”, “Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”, “Fitoterapia”, “Bolsa Família”, “Anti-tabagismo”, “HIPERDIA”. Neste momento apresentaremos cada ação separadamente, tal como foi vivenciado.

9.3.1 Atividade Física

A atividade física acontece necessariamente fora do espaço da Unidade de Saúde – um grupo no Parque de Mangue Seco e outro na orla de Mangue Seco. Ocorre na presença do técnico esportivo (único profissional envolvido) duas vezes por semana cada grupo, com duração média de uma hora cada. Conta com a participação, em média, de cinquenta usuários, em sua maioria mulheres com idades variadas.

Essa ação foi indicada pelos profissionais como de Promoção à Saúde, sob a justificativa de tratar-se de ação voltada à melhoria do estado de saúde das pessoas. Eles acreditam que essa melhoria consiste não só na ausência de enfermidades, mas na conquista de um estado de bem-estar físico, mental e social. Assim, entendem ser possível, por meio da atividade física, manter “o corpo e a mente sã”, retirando as pessoas de dentro de casa para um convívio social.

Diante deste entendimento, faz-se pertinente a discussão trazida por Camargo Júnior (2007) a respeito das armadilhas possíveis quanto à utilização de uma concepção aparentemente mais ampla que a simples ausência de doença. Certamente trata-se de um entendimento mais abrangente, que vai além da instância física, incluindo o mental e o social como determinantes, mas há que se considerar o limite deste entendimento frente a inesgotável diversidade da experiência humana, para que não se reproduza a lógica de modelos ideais de bem

estar físico, mental e social e não se considere capaz de dar conta da “totalidade” (expressão recorrentemente utilizada) do processo saúde-doença.

Por vezes, os profissionais vêem na atividade física a possibilidade de resolução de todos os problemas dos usuários, tendo em vista a certeza do alcance de uma saúde perfeita.

Eu canso de falar, principalmente depois que a prefeitura colocou professor de educação física nas Unidades: tem que ir, é só assim que vão prevenir doenças e ficarem totalmente bem. A atividade física ajuda em tudo, até a mulher se sente mais... Eu falo: é fazer atividade física e alimentação saudável, de vez em quando o professor dá até palestras para eles também, ensinando como eles devem fazer, como eles devem se alimentar (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

A saúde se vincula diretamente a cada sujeito, à possibilidade dele criar novas normas para lidar com situações novas que surgem nas relações que estabelece (CANGUILHEM, 2002). Nessa perspectiva, não se fala de padrões ideais de bem estar, nem de generalizações do que seja um sujeito enfermo; é cada sujeito quem vai fazer tal apreciação diante das normas que forem possíveis de ser inventadas naquele determinado momento.

Tem sido recorrente entre os usuários a menção dessa atividade como extremamente prazerosa e capaz de possibilitar mudanças em suas vidas, as quais, em alguns casos, julgavam até impossível de ocorrer.

Eu tenho me sentido tão bem vindo aqui, antes ficava só em casa ou por aí, agora convivo com as pessoas, as pessoas me respeitam, não me vêem mais como aquela mulher doente dos nervos. Até a minha família, minha sogra e minha cunhada não gostava de mim. Agora tem maior carinho, me ajuda (USUÁRIO).

Menina, você nem sabe, eu pensava que nunca mais ia sair de casa, tava toda entrevada mesmo, na cama, agora eu tô outra pessoa. E tem muitas histórias assim aqui nesse grupo, porque a gente se conhece e sabe das histórias, Tem essa coisa do professor também que anima a gente, ele é carinhoso com a gente, atencioso, já conhece até a gente pelo nome. Eu acho é que deveria ter até mais dias na semana, devia ser três, quatro vezes, eu vinha (USUÁRIO).

Essa atividade tem operado mudanças singulares nas vidas destes sujeitos – a título de exemplo: alguns usuários voltaram a conviver com outras pessoas, se sentindo acolhidos e respeitados pelos outros – ampliado o agir, o movimento de busca por

outros modos de estar na vida, outras normas, o que certamente tem se convertido em saúde para essas pessoas e se apresentado como favorável à efetivação da Promoção à Saúde.

A Promoção à Saúde, do modo como é entendida neste estudo, trabalha pelo protagonismo social e pela produção de autonomia. Neste sentido, a proposta é de compartilhamento de responsabilidades sociais para um maior controle dos sujeitos e das comunidades sobre os determinantes de saúde. Dessa forma, prima por espaços potentes em prol da troca de saberes e vivências, para a produção de sujeitos da ação, co-responsáveis pela expansão da vida (CARVALHO, 2005).

Entendemos que apesar dessa ação não ter como foco explícito a potencialização dos sujeitos para as lutas coletivas por melhores condições de vida à população de modo geral, ela é favorável a essa proposta da Promoção, já que possibilita aos sujeitos, por exemplo, saírem da prostração de suas camas, voltarem a conviver, sentirem-se respeitados, acolhidos e assim com força a operarem as transformações necessárias àquela comunidade. O que não significa que seja capaz de dar conta da totalidade da vida dessas pessoas e de sozinha incitar e alcançar a mudança de todas as condições perversas de existência que perpassam a vida em sociedade.

Fazem-se necessário a articulação e integração com outros atores, setores e ações para a potencialização dessa atividade e a efetivação de outras propostas de mudanças necessárias a essa comunidade.

Podemos dizer que essas idéias – sobre a importância de se trabalhar articulado como o outro – muitas vezes, até estão presentes. Contudo, por vezes, predomina uma fragmentação das categorias profissionais, dos setores e dos sujeitos, cabendo a cada um o seu problema e a cada profissional a sua especialidade. Assim a integração com outras ações em saúde, o envolvimento de outros profissionais junto a essa ação, por exemplo, ficam prejudicados. Alguns profissionais entendem que não têm nada a fazer e a contribuir com essa atividade, compete exclusivamente ao técnico esportivo lidar com essa tarefa. Neste sentido o avanço dessa ação em sua proposta de Promoção à Saúde fica limitado pela não conexão destes atores para o agir junto a essa comunidade.

Como afirma Carvalho (2005) todos os atores têm a contribuir com o trabalho do outro, que não é exatamente deste outro, é de todos, e quanto mais pessoas envolvidas e implicadas maior a força para a mudança, devido a rede que se produz e a certeza da possibilidade de compartilhamento das inquietações inevitáveis ao viver rumo a invenção de outros modos de vida.

O espaço de compartilhamento de experiências já existe nessa ação. Uma vez por mês é realizado um “café compartilhado”, em que os usuários participantes e o técnico esportivo se encontram para fazerem planos e para avaliarem a ação, os pontos positivos, o que pode mudar e o que pode ser feito para que melhoras aconteçam. Pensando na potencialização deste espaço, como dito, faz-se importante trabalhar a integração de outros atores que, certamente, têm a colaborar para a ampliação dessa proposta.

9.3.2 “Grupo Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”

Uma outra ação entendida pelos profissionais como de Promoção é o grupo “Futuro do Amanhã: Corpo em Movimento”. Esta ação acontece no Parque de Manguê Seco com a presença do técnico esportivo, dos acadêmicos de psicologia e dos ACSs. Este grupo era voltado às crianças/pré-adolescentes de 11 e 12 anos, tendo por objetivo abordar a questão da imagem e expressão corporal, relacionada à prática esportiva e ao convívio social como um todo.

Neste sentido, essa ação abordou a importância do cuidado com a saúde, além de ter trabalhado, de forma lúdica, questões relacionadas a: sensações, sentimentos, percepção do próprio corpo, escolhas, possibilidades de estar na vida, relação com o outro, trabalho em equipe dentre outros temas. Por fim, foi feita uma avaliação envolvendo todos os presentes e um apanhado de sugestões para os próximos encontros.

Vale ressaltar que até os aparentemente mais tímidos se envolveram nas atividades propostas, o que entendemos relacionar-se ao fato de se sentirem parte do

processo, já que participaram ativamente das escolhas dos temas a serem trabalhados. Por sua vez, os temas escolhidos por eles, na maioria das vezes, eram sempre muito politizados, exemplo disso se refere ao seguinte assunto: as mudanças ocasionadas pela construção de uma ponte (“Ponte da Passagem”) que vai desembocar neste bairro.

Tem que falar no próximo grupo do meio ambiente, dos lixos que ficam espalhados por aí no bairro, e ainda, mais importante, essa construção da ponte, dizem que vai mudar tudo por aqui, isso é o meio ambiente que eu tinha falado (USUÁRIO).

Apesar de terem conseguido trabalhar a elaboração dessa ação coletivamente, incluindo as crianças na escolha dos temas, de terem confeccionados cartazes, convites e *folders* descritivos sobre a ação para divulgação, inclusive, entre os membros das duas equipes de saúde da US, o desencontro de informações entre os profissionais era marcante, o que resultou no aparecimento, no dia da ação, de crianças/pré-adolescentes de faixa etária de idade diferente da que tinha sido pensado para participar dessa ação: crianças/pré-adolescentes de oito a doze anos de idade.

Alguns dos profissionais envolvidos ficaram bem irritados com essa situação, mas conseguiram adaptar o que havia sido pensado. Mais uma vez destacamos a questão da articulação e da integração entre a equipe como importante à concretização não só das propostas trazidas pela Promoção à Saúde (do modo como é valorizada neste estudo), mas dos próprios princípios do SUS que devem nortear as práticas em saúde no Brasil.

Faz-se importante o reconhecimento da necessidade do estabelecimento de alianças dos trabalhadores entre si, deles com os usuários, dentre outras alianças, de considerar a variação de importância de cada saber, desbancando essa hierarquia universitária que tanto dificulta o encontro, o qual possibilita a troca, a transformação do que está colocado, a Promoção à Saúde. Ao colaborarmos na invenção de um projeto em saúde, nos sentimos parte dele, logo, há uma melhoria no grau de envolvimento, compromisso e dedicação à proposta. Por sua vez, multiplicam-se os espaços onde se trocam informações, onde se intercambiam os saberes e se discutem problemas, “potencializando-se um amadurecimento da

maioria do pessoal para lidar tanto com aspectos técnicos, quanto políticos, humanos ou éticos, ou seja, há o crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas e estabelecer negociações e consensos” (CAMPOS, 1998, p.870).

Essa ação é favorável a este agir junto, no momento em que se utiliza de um modelo educativo relacional, que considera os saberes e as escolhas dos atores como imprescindível para se pensar essa ação, o que remete a um trabalho não com a doença, mas com a saúde destes sujeitos, com seus sentimentos, com o encontro – no fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos – com a relação com o outro que nos constrói permanentemente. Estamos analisando, portanto, uma ação de Promoção à Saúde que investe no diálogo, que trabalha pela autonomia dos sujeitos e pelo protagonismo social. É evidente a importância da história de luta deste bairro na vida dessas crianças/pré-adolescentes, que utilizaram deste espaço disponibilizado como um lugar também de debate e discussão de idéias para a resolução de problemas que estão diretamente vinculados às suas vidas.

Estamos falando de uma relação/ação, portanto, potente a construção de sujeitos, ainda mais participativos, problematizadores, críticos e inventivos, perspicazes na identificação do problema e no agir coletivo sobre ele, incluindo a avaliação do que foi feito. No momento em que essa ação se propõe coletiva, em que se abre à escuta do que crianças/pré-adolescentes – estigmatizados como imaturos e rebeldes – têm a dizer sobre as suas vidas, lutas, conquistas e saberes, ela assume um compromisso com a vida em seu movimento e com a invenção de outro mundo que não aquele já dado, determinado, em que restam aos sujeitos acatarem a determinações, mas um mundo aberto à invenção constante, proclamando o primado da transformação, o que se materializa em saúde, pela possibilidade de invenção de normas diante da variabilidade do meio.

Infelizmente essa ação não teve continuidade, assim como outras ações consideradas pertinentes àquela comunidade, que se encerraram antes mesmo do grupo conseguir e querer dar um fechamento à proposta. Isso se reverte, muitas vezes, em angústia e frustração destes atores, que apesar de todo empenho, dedicação e confiança na potência deste outro modo de fazer saúde, são cobrados

sobremaneira para o cumprimento das prioridades estabelecidas pelo MS e pela SEMUS, não se sentindo apoiados e valorizados em seu fazer.

Em relação a essa situação, Dalbello-Araújo (2005) argumenta sobre a falta de respaldo institucional à solidariedade com a comunidade, à co-construção de parcerias, à participação – não àquela que se limita ao cumprimento de regras, mas da participação que toma todos os atores como imprescindíveis na construção e efetivação das ações em saúde. Corroborando com o que foi trazido na tese da autora, aqueles profissionais que fazem uma leitura diferenciada, afirmando a troca como máxima para mudanças das condições de vida relacionadas diretamente à saúde das populações, que trabalha pela co-produção de autonomia e protagonismo social, “encontram sérias dificuldades de tempo, espaço e reconhecimento para levar sua postura adiante” (p.158).

9.3.3 Fitoterapia

Em 1992 iniciou-se o processo de aplicação da Fitoterapia na rede municipal de Vitória, dentre as Unidades de Saúde envolvidas, a US Andorinhas foi uma das pioneiras (VITÓRIA, 2008c). Contudo, foi suspensa durante muitos anos, até que em maio de 2008, a partir de uma demanda dos próprios usuários, ela foi retomada.

A ação de Fitoterapia consiste na utilização de plantas medicinais como opção terapêutica e está aberta a todos os usuários, independente de possuírem alguma patologia. Atualmente acontece a cada 15 dias na Unidade de Saúde, na presença do médico fitoterapeuta, do agrônomo, do psicólogo e do ACS, contando com uma média de dez usuários participantes em cada encontro. No entanto, não há uma regularidade nos participantes, visto que a média de dez usuários não significa que sejam as mesmas pessoas.

Por meio dessa ação, os usuários aprendem a cultivar tais plantas, seu mecanismo de ação no organismo e a maneira de utilizá-las em suas vidas. Isso ocorre não apenas mediante as orientações dos profissionais envolvidos, mas os próprios usuários acabam trocando experiências relativas ao cultivo e ao uso dessas plantas,

relacionando aos momentos de suas vidas em que precisaram fazer tal uso. Dessa forma, podemos afirmar que na maioria das vezes essa ação se diferencia daquelas em que os usuários comparecem apenas como ouvintes e que têm como foco a doença. Além de receberem informações referentes a tal assunto, eles participam com suas histórias, vivências e experiências.

Assim, essa ação foi mencionada como de Promoção à Saúde, justamente, sob a justificativa de tratar-se de uma atividade que, além das questões relacionadas à dor física, possibilita às pessoas trocarem experiências, falarem de si, das suas questões familiares e da sua relação com a US.

Entendemos estes espaços de troca como legítimos à busca por resoluções compartilhadas de problemas presentes na comunidade, o que remete a possibilidade de efetivação de uma Promoção à Saúde, que, na categorização de Naldo & Wills (1994, apud WESTPHAL, 2006), se anuncia como uma iniciativa voltada à transformação social, centrada na participação de todos os atores para as transformações das relações de poder e dos determinantes sociais da saúde.

Às vezes, contudo, o que pudemos observar no período em que estivemos participando dessa ação, é que nem sempre ela assume este papel de um espaço de troca de experiências, saberes e vivências. Concretamente há momentos favoráveis à Promoção – pela possibilidade de análise e co-construção de resolução para problemas da coletividade – e outros em que predomina relações marcadamente verticalizadas entre profissionais e usuários, nos quais não se considera o valor da história dos sujeitos e a sua força de contribuir para as mudanças necessárias.

Entendemos que isso está vinculado também ao fato de tratar-se de um campo em construção, que traz um paradigma contra-hegemônico, que afirma a autonomia e o protagonismo social como máximas. Para Peixoto-Pinto (2008), a concretização da Promoção, do modo como estamos afirmando, nos coloca frente a um desafio de articulação como uma gama de forças sociais, as quais, na interpelação constante com os sujeitos, compõem um processo contínuo de produção de subjetividades

potentes à problematização e a mudança de um modo de agir prescritivo, verticalizado, até mesmo autoritário.

Pudemos presenciar momentos importantes de participação, compartilhamento de saberes e envolvimento dos usuários. Inclusive a idéia de retomada deste grupo partiu dos usuários. Assim, profissionais e usuários puderam trabalhar, por vezes, juntos na construção dessa ação. Exemplo disso foi a organização da horta fitoterápica da Unidade. Na medida em que os sujeitos são tomados como sujeitos da ação, importantes para a transformação de seu entorno, outras mudanças se processam em suas vidas. Na fala do usuário: “Eu sou outra pessoa, eu aprendi a plantar e a fazer os chás, e as pessoas vêm até a minha casa, eu preparo para elas. Eu fico bem e elas também”. Estamos falando também da construção de vínculos solidários, os quais têm força de transformação de uma ordem que insiste em afirmar que existem pessoas superiores a outras. Cada sujeito tem a contribuir com os seus saberes, basta conseguirmos nos comunicar e nos ouvir mais – deixando de lado as suposições a respeito do outro – para que consigamos descobrir a potência do outro e, mais ainda, a força do agir junto.

Contudo, também houve momentos em que as relações assumiram um tom autoritário e prescritivo, desconsiderando as contribuições possíveis de serem trazidas pelos usuários. A título de exemplo, em uma oportunidade foi explicitada, pelos profissionais presentes, a intenção de envolver todos na elaboração de um projeto para essa ação, contendo os objetivos e as metas a serem alcançadas. Todavia, os profissionais decidiram que caberia a eles a escrita deste projeto e aos usuários o cuidado da horta, marcando uma separação hierárquica entre o saber-poder e o saber-fazer da experiência. Essa postura reporta à lógica capitalista nas práticas em saúde, que faz uma distinção entre concepção e execução, entre trabalho manual e intelectual, que separa os sujeitos em aptos e não aptos, a fim de assegurar o controle de uns sobre os outros, de tal forma que os não aptos aceitem passivamente pela certeza de sua incapacidade de opinar sobre o assunto.

Neste momento, os usuários foram excluídos do pensar e planejar as atividades. Consideramos tal atitude extremamente desfavorável à efetivação de qualquer ação em saúde. Entendemos que o trabalhar em saúde implica em um encontro com a

diversidade, com o outro; demanda escuta, compartilhamento, experimentações para a invenção e reinvenção de práticas outras, potentes a co-construção de sujeitos autônomos.

Apesar de essa ação possibilitar aos usuários falarem, muitas vezes, de questões para além de uma determinada patologia, percebe-se também que algumas vezes estes profissionais, em contato com a história e o sofrimento do usuário, tentam desviar o assunto, voltando-se a uma anamnese clínica.

PROFISSIONAL 1 - Hoje a proposta é de uma conversa sobre temas relacionados à Saúde da mulher. Quem tem questões, algo que incomoda que quer falar?

USUÁRIO 1 – Eu tenho. Eu tenho uma dor de cabeça que me incomoda assim, todo dia. É todo o dia. Mas acho que é coisa do meu trabalho. Eu estou passando por uns problemas lá. E em casa também com a minha filha. Tá sério o negócio.

Contudo, os profissionais envolvidos insistiram somente em uma investigação clínica, deixando de lado o que a usuária insistia em trazer sobre sua história de vida, concluindo:

PROFISSIONAL 2 – Ela tem hipertensão.

PROFISSIONAL 1 – Ah, então é isso. É a sua hipertensão.

USUÁRIO 1 – Não, não é. Eu sei que não é. Não tem nada a ver com minha hipertensão, gente. Já teve um monte de dias que a minha pressão estava lá nas alturas e eu não tava com dor de cabeça. Tem a ver com essas coisas que eu to passando.

PROFISSIONAL 1 – Você pode tomar um capim cidreira.

USUÁRIO 1 – Eu já tomei, mas me sinto super mal com capim cidreira.

PROFISSIONAL 1 – É, as pessoas são diferentes, tem vez que faz bem para uns e não faz para outros. É assim. Umas respondem bem, outras não. E somente a pessoa que sente sabe. Só a pessoa que sente sabe da dor que sente. Nós, mulheres, entendemos isso, mas os homens não entendem isso, que a mulher é diferente e vai sentir diferente. Por isso às vezes dá até confusão.

USUÁRIO 1 – Isso é verdade. Vou contar, outro dia, eu trabalhei o dia todo e cheguei em casa tava meu marido e minha filha já em casa...

PROFISSIONAL 2 – Vamos voltar ao assunto gente!

Neste sentido, o sofrimento deste usuário não consegue passagem, ao contrário, se busca enquadrá-lo em um diagnóstico para que não seja preciso acessar as intensidades que acompanham este sofrimento. Com isso, há possibilidade real de silenciamento deste sujeito, de sua história, de seu sofrimento, o que, por sua vez, certamente resultará em mais e mais adoecimento, já que é por meio da doença que consegue o reconhecimento de seu sofrimento e, ao menos minimamente, ser ouvido. Para Dalbello-Araújo (2005, p.176):

Essa passagem do mal-estar para a doença, se, por um lado, encontra reconhecimento institucional, por outro, busca calar as angústias do sofrimento de origem social. O aspecto social fica abafado e o que sobressai é o individual. Não é mais o sofrimento gerado na esfera social que pode se expressar, mas o indivíduo doente. Assim, as instituições podem oferecer aos indivíduos “projetos-doença” e estes podem aceitá-los para ter legitimada a cidadania e certas condições de sobrevivência. Produz-se dessa maneira uma inclusão geradora de sofrimento, pois consolida a participação institucional do sujeito por meio da doença.

Entendemos este processo não só como uma dificuldade dos *experts* de conseguirem ouvir do usuário questões além da existência de uma doença, mas também, como uma necessidade – dos *experts* – de se afastar deste histórico de vida, a fim de manterem-se firmes frente a uma sociedade que rechaça a manifestação de uma dor e de um sofrimento que não seja capaz de receber um rótulo e ser imediatamente medicalizado e resolvido.

Para Traverso-Yepetz (2007) faz-se presente uma dificuldade em lidar com a processualidade da vida e a multiplicidade de aspectos em contínua interação, daí a necessidade de buscarem certezas, o que leva ao reducionismo, a simplificação, ao imediatismo, à busca das causalidades simples e à necessidade de previsão para melhor controlar.

No caso do profissional de saúde, a escuta do outro atrai para si uma responsabilidade, a qual, na maior parte das vezes, foge à sua governamentabilidade e lhe exige um trabalho articulado com outros setores, o que é difícil, ainda, de ser visto na prática, ante a força existente em prol da fragmentação dos setores, em que compete a cada um dada tarefa pré-determinada. Dessa forma as discussões acerca do sofrimento dos sujeitos acabam ficando na superficialidade, não se aprofundando naquilo que eles trazem como mal estar.

Observamos então que na ação de Fitoterapia existem momentos de troca e transversalidade e outros marcados por verticalismos entre profissional e usuário. Entendemos por bem, para corroborar essa observação, a explanação de mais um exemplo.

Em um dos encontros surgiram encaminhamentos sobre o problema do acúmulo do lixo no bairro, o que foi levantado em razão da relação entre o lixo e a proliferação de roedores e caramujos na região, animais estes que estariam prejudicando a cultura das plantas fitoterápicas. No curso dessa discussão foi possível perceber a oscilação de momentos de análise coletiva sobre este problema e momentos de exclusão dos usuários das discussões referentes a este mesmo problema.

Em um determinado momento foi deliberado por todos os atores acerca da importância de uma reunião envolvendo a Unidade de Saúde, movimento comunitário, moradores do bairro e órgãos responsáveis da prefeitura, para se discutir e levantar encaminhamentos para o extermínio dos roedores e caramujos.

Entretanto, a referida reunião não aconteceu da forma como havia sido proposta inicialmente. Estavam presentes: diretor da US, farmacêutico, acadêmico de nutrição, médico fitoterapeuta, pedagogo da escola de Andorinhas, dois agentes ambientais e oito usuários. Ao contrário do previsto, a reunião designada teve, em verdade, característica de palestra, desconfigurando a ação conjunta inicialmente proposta. Os profissionais da Unidade de Saúde convidaram dois agentes ambientais para falarem sobre a forma de vida dos roedores, os cuidados a serem tomados para se evitar a proliferação dos mesmos, destacando a importância da “sensibilização” dos moradores para o cuidado com seus lixos. Essas agentes também informaram que em breve a região de Maruípe passaria por uma dedetização. Essa explanação seguiu-se das falas dos profissionais:

PROFISSIONAL 3 – As pessoas que moram aqui não entendem que o lixo está relacionado também com a saúde deles. O lixo traz doenças.

PROFISSIONAL 4 – Eles têm que se responsabilizar por isso, parar com esse mau costume de ter tudo nas mãos e fazer alguma coisa, não é a gente que vai resolver, tem que se conscientizar.

Estes profissionais desconsideram que foram justamente estes moradores quem suscitaram essas discussões na tentativa de criar alternativas para este problema que os afetam diretamente. Não se levou em conta que aspectos sociais, econômicos, culturais estão diretamente relacionados a coleta de lixo. Em verdade, os sujeitos são culpabilizados como os únicos responsáveis por mudar essa situação, desresponsabilizando, por exemplo, o Estado de sua contribuição neste processo para as mudanças nas condições de vida dessa população. Entendemos que essa postura contribui para a produção de sujeitos cada vez mais frágeis, já que reduz problemas sanitários complexos a desvios individuais de conduta.

Concordamos com Campos (2004) que aposta nas pessoas como sujeitos potentes para a invenção da vida, que podem contribuir tanto na análise sobre os problemas postos pela vida em sociedade, quanto na construção, execução e avaliação de estratégias que trabalham por transformar as condições desfavoráveis de existência.

Sendo assim, a ação partiu de uma análise coletiva da questão do lixo e terminou, neste caso, com os *experts* ditando o que os moradores devem fazer e evitar, colocando-os no lugar dos que não entendem, não têm responsabilidade, não têm consciência e não querem fazer nada por este contexto.

9.3.4 “Bolsa Família”

Uma outra ação citada como de Promoção e acompanhada por nós foi o “Bolsa Família” (BF), que consiste em um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda *per capita* de até R\$ 120,00 mensais, e que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social (BRASIL, 2008b). Para fazer jus a tal benefício a família deve atender a condicionalidades, as quais são determinadas pelo governo federal.

Neste programa compete ao setor saúde – na prática à US – o acompanhamento e fiscalização do cumprimento de algumas dessas condicionalidades, as quais consistem: no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da

assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos (BRASIL, 2008b).

Neste sentido, a não oferta e registro dessas condicionalidades no Cadastro Único do município por parte da US pode representar a perda do repasse financeiro do Índice de Gestão Descentralizada do Bolsa Família (IGD), que pode ser utilizado para qualquer ação que vise o acompanhamento e controle do cumprimento das condicionalidades da saúde (BRASIL, 2008c).

Também faz parte das condicionalidades a participação em ação educativa promovida pela US, a qual, no caso da US Andorinhas, acontece mensalmente, na maioria das vezes no auditório dessa Unidade, sempre nas últimas terças-feiras de cada mês, alternando um mês pela manhã e outro à tarde, a fim de assegurar a presença de pelo menos um membro de cada família beneficiada, já que a manutenção do benefício está diretamente vinculada à tal presença, o que é sempre lembrado e reforçado a cada encontro pelo coordenador dessa ação. Além da presença nestes encontros, os usuários do “Bolsa Família” devem manter atualizada a pesagem e a estatura das crianças da família.

A fim de manter o controle sobre o cumprimento dessas condicionalidades e garantir a manutenção do repasse de recursos, o assistente social dessa US – responsável por gerir o Bolsa – criou um formulário com informações sobre cada uma dessas famílias contendo: hábitos alimentares, convívio familiar, renda, situação habitacional dentre outras informações. Além disso, por meio de uma chamada nominal feita a cada encontro mensal, este profissional monitora as pessoas que têm comparecido a essa ação educativa.

Este programa pode ser entendido como de Promoção à Saúde pelo fato de não ter como foco a doença, de atingir os determinantes sociais da saúde que ultrapassam a questão biológica. Contudo, se distancia do entendimento da Promoção, na medida de seu caráter coercitivo, que condiciona o recebimento do benefício ao cumprimento de alguns condicionantes, podendo se converter em mais um mecanismo de controle social sobre a população e de fiscalização e padronização dos seus modos de viver.

Para Freire-Costa (1983) essas relações acabam por se converter em superioridade de uns sobre os outros, a tal ponto que cabe a alguns ditarem as regras e a outros obedecerem. O contato entre ambos acontece para que os ditos aptos possam conhecer para controlar os não aptos.

Ressalta-se, no entanto, que dependendo da forma como se dão as relações em torno do controle dos condicionantes, pode-se gerar oportunidades de encontro entre os usuários e criar condições para a invenção de outras formas de luta por uma vida melhor.

Os encontros mensais que pudemos acompanhar (denominados “ações educativas”) consistem em palestras sobre temas variados. São convidados profissionais da US e de outras instituições, para exporem sobre o tema determinado para aquele mês. É digno de nota que os profissionais que são convidados apenas contribuem com sua respectiva palestra, o que não significa a existência de articulação de sua atividade com a ação em si, ou que haja encontros entre os profissionais para a discussão sobre tal ação. O que frequentemente acontece é que cada profissional cumpre a sua atividade separadamente. Com exceção das tarefas relativas à pesagem, a medida da estatura das crianças e nas palestras, em todos os outros momentos, o profissional Assistente Social é o único responsável por ela.

Especificamente sobre as explanações mensais, foi informado pela profissional responsável que, de maio de 2007 a setembro de 2008 foram expostos os seguintes assuntos: a influência da alimentação na fala; higiene bucal – quando se ensinou a escovar os dentes; dicas para combater o sedentarismo; interação entre alimentos e medicamentos; fibrose cística; funcionamento da Unidade, principalmente no que diz respeito à marcação de consulta; formas de se evitar as verminoses – nessa ação se ensinou a lavar as mãos; cultura da paz na família; fonoaudiologia e sua interação com a comunicação entre as pessoas – foi falado sobre os cuidados com as cordas vocais e com os ouvidos; influência da propaganda no consumo de medicamentos; violência e segurança no trânsito; o papel das ACSs; Conselho Local de Saúde; os perigos de doenças transmitidas pelos roedores; asma; Projeto Terra; e apresentação das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência da Assistência Social.

Coube aos profissionais transmitir as informações referentes a estes temas, e aos usuários ouvir o que estava sendo explicitado e mudar seus hábitos de vida. Nas palavras de um dos profissionais: “A proposta do Bolsa é de educar, informar e convencer os usuários a terem hábitos de vida saudáveis”. Neste sentido, o usuário não participa no processo de elaboração e execução dessa ação, de certa forma, parte-se do princípio que estes usuários não são capazes de gerir suas vidas. São ensinados até mesmo em suas atividades da vida diária, como, por exemplo, escovar os dentes, independentemente de terem ou não água, escova, pasta de dentes. Essas questões não são trazidas para discussão.

Os próprios nomes das palestras que compõem a ação educativa demonstram, por vezes, um descompasso entre aqueles que planejam a ação e os interlocutores, os quais, muitas vezes desconhecem o significado do tema divulgado para aquela ação no dia, como por exemplo: “fibrose cística”. Nas palestras são utilizados termos que não condizem, muitas vezes, com a realidade daquelas pessoas. Isso pôde ser notado a partir de falas dos usuários, como num diálogo ouvido, em tom baixo, no momento da ação:

Meu Deus, o que é isso que ele tá falando? Nunca ouvi falar essa palavra. E olha menina, eu tenho tanta coisa para fazer em casa. Mas tem que vim, né? (USUARIO)

É evidente o esforço dos profissionais para a efetivação das ações, mas faz-se importante uma discussão pormenorizada dos seus propósitos e de seus efeitos. Assim, muitos profissionais acreditam estar dando o melhor de si para a população e sequer problematizam o efeito de subserviência que tal atitude pode gerar.

A ação em si, na maior parte das vezes, assume um tom moral e individualista, restando a cada sujeito, isoladamente, mudar seu estilo de vida considerado “de risco”. Chamamos atenção, mais uma vez, para a importância de afirmação da necessidade de criação de espaços de discussão e de problematização sobre essas práticas entre os profissionais da equipe, para que elas não se revertam em simples cumprimento de exigências, tanto por parte dos profissionais – que têm que ofertar a ação – quanto por parte dos usuários – que têm que comparecer para garantir o seu benefício, no caso.

Ao tratar o risco como verdade *a priori*, desconsidera-se a construção social que associou tal comportamento à idéia de risco. Assim como afirma Dalbello-Araújo (2005, p.182):

O grande “risco” que se corre é de ao invés de produzir uma coletividade cônica de seus direitos e dos malefícios oriundos de determinadas formas de trabalho e hábitos de consumo desenfreado, produzirem-se sujeitos saudáveis, dentro dos moldes idealizados pelos saberes médico-epidemiológicos. Sujeitos reprodutores de comportamentos adequadamente preventivos, pautados pelas informações preconcebidas de profissionais ou pelas diretrizes ministeriais, sem que seja posto em discussão a que serve tal produção.

Em dada reunião pontuou-se a importância dos usuários valorizarem o bairro, em razão de toda a estrutura que possui, responsabilizando-os pela conservação de Andorinhas.

Vocês têm que dar valor às coisas que vocês têm. Agradecer. E cuidar do bairro de vocês. Vocês abrem a torneira e tem água, vocês apertam o botão e tem energia, vocês pegam o telefone e falam com qualquer parte do mundo, tem gás na porta de vocês, coleta de lixo, uma maré, uma orla maravilhosa, um CAJUN, uma escola, uma creche, um posto de saúde, Uma coleta de lixo, o filho de vocês vão a escola pela manhã. Vocês têm que dar valor, por a mão pro céu, tem muita gente que não tem nada disso. Agora cabe a vocês cuidar de tudo isso, preservar, jogar o lixo na hora que o carro do lixo passa... (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Neste momento a ação assume um caráter moralista, doutrinário e até conformista, já que é cobrado dos moradores gratidão por estes terem água encanada, energia elétrica, linha telefônica, gás na porta, coleta de lixo, lazer, CAJUN, escola, creche, posto de saúde disponível, e até belezas naturais (como a “orla” e a “maré”).

Neste sentido, se configura uma relação hierárquica em que o Estado é o concessor, e os moradores, literalmente beneficiários, desconsiderando a história de luta dessa comunidade pela conquista de toda essa estrutura existente hoje no bairro. Daí a importância de apropriação do histórico e do contexto do território onde se trabalha, para que a fala não esteja desconectada do que realmente se dá dentro dessa comunidade em uma ação condizente com a realidade dessas pessoas, aproveitando a experiência de cada um.

Não se pode tomar essas pessoas como inocentes e incapazes de uma análise coletiva dos problemas postos nessa comunidade, faz-se importante trabalhar com estes sujeitos como potentes a luta por melhores condições de vida e por mudanças nessas relações que os constroem cotidianamente.

Percebemos que os usuários têm resistido como podem. As conversas paralelas, as ausências freqüentes (normalmente faltam até o limite permitido para não perderem o benefício), as falas em tom de brincadeira que criticam os assuntos abordados repetidamente, demonstram indiretamente que a ação não foi construída coletivamente e que, muitas vezes, não lhes interessa.

Para Cunha (2004) faz-se necessário produzir co-responsabilidade e não culpa, cobrança e padrões ideais de existência, que acabam por anestesiar os sujeitos em sua força de participação para as transformações necessárias, por gerar resistência e por reforçar o poder do sistema. E isso, algumas vezes, é até percebida pelos profissionais:

Às vezes eles querem tudo muito de mão beijada. Mas eu reconheço que a gente, às vezes, reforça isso, quando acha que a gente sabe tudo da saúde deles, não sei... Às vezes eles ficam mal acostumados com isso e outras vezes nem quer saber do que a gente tá falando (PROFISSIONAL DE SAÚDE).

Assim sendo, vale considerar que o tal jeito normal de viver a vida, de usufruir e reconhecer o que tem o bairro é apenas mais um jeito, e não o único, o que torna imprescindível e favorável a troca entre estes atores da saúde, para que sejam co-construídas propostas de ações aceitáveis e efetivas para ambos os atores (CUNHA, 2004).

Uma outra ação em que estivemos presentes, na qual foi abordado o tema “asma”, os profissionais envolvidos utilizaram o teatro como método para transmissão da mensagem que desejavam. Este teatro contou com a colaboração dos acadêmicos da UFES na encenação proposta.

Contudo, o teatro foi conduzido em tom de peça infantil, com linguagem e textos simplórios. Inclusive os acadêmicos se valeram de voz infantil, imitando crianças, mesmo sendo a grande maioria de espectadores adultos e o tema não sendo

destinado às crianças. Neste momento alguns usuários riam e faziam comentários ridicularizando o que estava sendo apresentado.

Entendemos que isso traduz uma relação distante entre os atores da saúde, sendo que ambos não conseguem se ouvir. No caso deste exemplo, utiliza-se de um modo de fazer estereotipado, no qual o usuário é representado como aquele desprovido de experiência e/ou conhecimento sobre o assunto e infantilizado. O profissional, por sua vez, colocado – inclusive pelos usuários – em uma posição de superioridade, como aquele que não pode ser sequer questionado abertamente sobre o seu fazer. E este modo de fazer precisa ser posto em análise constantemente, com vistas à inclusão de outros saberes para a efetivação da Promoção à Saúde.

9.3.5 Ação Anti-Tabagismo

Uma outra ação citada como de Promoção à Saúde foi a ação anti-Tabagismo, ainda recente na Unidade de Saúde de Andorinhas, cuja criação se deu em agosto de 2008. Ela se dirige às pessoas que querem parar de fumar. Essa ação se dá por meio de cinco encontros, um por semana. Após os cinco encontros encerra-se um grupo, de modo que o grupo seguinte só se inicia com o fim do anterior. A partir do término de cada grupo, os usuários passam a retornar à US apenas para retirar a medicação (antitabagismo) na farmácia.

A proposta de criação deste grupo se tornou forte após a assinatura do termo de ajuste de conduta pela PMV junto ao Ministério Público, no qual ficou estabelecido que até o término do ano de 2008, 14 USs deste município teriam de implantar o programa anti-tabagismo. Para tanto, profissionais de saúde da rede municipal passaram por “capacitação” para trabalhar com o tema.

Mais uma vez trata-se de uma ação que surge de uma cobrança por parte de órgãos “superiores”, e que chega ao nível local de modo verticalizado, como uma determinação a ser cumprida, inclusive com todas as regras de execução, independente do perfil socioepidemiológico do bairro.

O farmacêutico e o médico dessa Unidade participaram do treinamento, contudo, o médico foi afastado de suas atividades por motivo de saúde, cabendo somente ao farmacêutico a coordenação deste grupo. Além deste profissional, outros membros da equipe estiveram envolvidos como colaboradores. Todavia, assim como em outras ações, a presença destes profissionais variou de encontro para encontro. Com exceção do farmacêutico, que esteve em todos os encontros, os demais não estiveram presentes em todos eles, o que acarretou, muitas vezes, no descompasso entre os profissionais.

Foi marcante a inadequação de alguns profissionais à proposta da ação, o que evidenciou a inexistência de um momento prévio de encontro para a discussão dos entendimentos a respeito dessa ação. Propunha-se, em síntese, uma ação de tratamento e educação das pessoas para a mudança de estilos de vida por meio da transmissão de informações sobre os malefícios do cigarro. Neste contexto, há uma alta rotatividade destes outros profissionais da equipe, o que, de certa forma, se vincula a uma fala recorrente entre eles: “Me sinto muito sozinho, cada um faz o seu, aí a gente perde a força de inventar outra coisa que não seja isso”.

Assim, seguindo as indicações para a execução dessa ação, os usuários interessados em participar, antes mesmo de iniciar o grupo, passaram por uma entrevista individual com o objetivo de verificar o grau de interesse dessas pessoas em realmente parar de fumar. Foi colocado aos participantes que os resultados da ação dependiam prioritariamente do querer deles. “Só dependem de vocês, se vocês estiverem motivados vão conseguir, senão a gente não pode fazer muita coisa, vai depender da motivação interior de vocês”. Dos oito inscritos ficaram seis usuários, que participaram do início ao fim dessa ação.

Entendemos que este posicionamento, presente em todos os encontros, de condicionar primordialmente o resultado de parar ou não de fumar à “força de vontade” dos usuários, deixou de considerar, muitas vezes, a história daqueles sujeitos, as inúmeras vivências e experiências que se vinculam diretamente a tal escolha, a construção de uma vida ligada ao cigarro, às próprias questões químicas referentes à dependência do fumar. Assim, esta atitude acaba por culpabilizar

aquelas pessoas por seu vício, por não terem conseguido, em alguns casos, atender o que foi prescrito: “parar de fumar”.

A proposta da Promoção à Saúde valorizada neste estudo trabalha com a responsabilização dos sujeitos pelas suas escolhas, sem culpabilizá-los, uma vez que considera a rede de relações que constrói a subjetividade, o que impossibilita falar de culpados. A vida é tomada em seu movimento, o que nos remete a afirmação de Rolnik (1995) sobre a impossibilidade de restringir a realidade àquilo que se pode ver e a subjetividade ao eu. Como dito, o que há são fluxos operantes imperceptíveis que, constantemente, se conectam a outros fluxos, produzindo um entre, que não é nem um nem o outro, mas um estado inédito, que uma vez encarnados faz do sujeito outro. Assim sendo, a intervenção voltada à Promoção à Saúde não trabalha com regras fixas e fechadas, mas com a afirmação da importância do diálogo para a invenção coletiva e constante dessa ação que resulta na co-construção de mundo, sujeitos e saúde.

Nesta ação Anti-Tabagismo, ao contrário, os temas estão prescritos no manual, uma cartilha, confeccionada pelo MS e pelo Instituto Nacional do Câncer. Dessa forma, o contato entre profissionais e usuários para planejar essa ação não acontece, já que está tudo muito bem definido pelo manual. Configura-se, na maior parte das vezes, uma relação distante entre estes atores. Inclusive, a própria disposição das cadeiras mostra um pouco disso: profissionais de um lado e usuários de outro.

Assim como os profissionais receberam um manual que os orientaram na condução do grupo, os participantes receberam livros contendo os passos para se deixar de fumar, de modo que ao final dos cinco encontros o participante terá recebido um total de quatro cartilhas.

O manual dirigido aos profissionais envolvidos prevê a obrigatoriedade de o coordenador ter curso superior. Prevê, ainda, perguntas que supostamente possam surgir no curso da ação, bem como as respectivas respostas que devem ser adotadas pelos profissionais.

Neste sentido, tal ação opera com uma perspectiva de um mundo e de um sujeito dado *a priori*, determinado, a-histórico, estático, portanto previsível até mesmo em suas perguntas, o que resulta, muitas vezes, em uma ação automatizada. Nada é problematizado. Resta seguir à risca o manual para conseguir dar conta dessa determinação no tempo (limitado) previsto de cinco encontros (cada um com duração máxima de 90 minutos), independente do que esteja acontecendo no grupo naquele determinado momento.

USUÁRIO 1 - Você parece tá trstinha hoje, semana passada você tava tão animada. É a falta do cigarro?

USUÁRIO 2 - Não. Eu tô com uns problemas sérios com o meu filho, ele se envolveu com o tráfico, agora ele não tá mais aqui, tá fugido, tá com a avó dele, mas a gente se preocupa. Ele me ligou ontem, falou que quer mudar de vida. Isso tudo e eu sou sozinha, tenho maior problema também com meu ex-marido. É menina, não é fácil ficar sem fumar com tudo isso aí, mas eu tô firme.

PROFISSIONAL 1 – É isso aí. Se manter firme. Força, que essas coisas se resolvem. Mas agora vamo voltar gente, a gente tem que terminar esse livrinho ainda hoje, no próximo encontro já vai ser outro.

Assim sendo não se considerou as questões referentes à vida dessas pessoas como relevantes para o propósito do grupo. A ação volta-se ao tratamento medicamentoso e, principalmente, a transmissão de informações para a adoção, por parte dos usuários, de comportamentos considerados por *experts* como ótimos a vida.

Compreendemos a importância da socialização das informações, contudo, vale atentar-se para o fato de que, muitas vezes, essas informações têm sido acompanhadas de um controle que limita as possibilidades de escolhas dos sujeitos àquilo que os *experts* entendem como melhor para eles. Dalbello-Araújo (2005) chama atenção para o fato que existem “milhares de modos de viver, resultantes dos arranjos entre os binômios sobreviver/arriscar-se e precaução/excitação” (p.179), e isso deve ser considerado e problematizado neste fazer em saúde, para que se trabalhe com as reais possibilidades de agir de acordo com tais informações e não com ideais, que acabam por gerar culpa.

Além de antecipar eventuais perguntas e respectivas respostas, o referido manual também prescreve posturas e condutas que devem ser adotadas pelo profissional

coordenador da ação. Neste sentido, observam-se orientações como: “Você deve ser gentil...” “Você deve ser positivo, você não pode ser passivo, nem agressivo”.

Entendemos que neste momento se configura um controle demasiado sobre a ação do outro, sobre o modo de agir e ser deste outro, o que muitas vezes, nem é percebido pelos profissionais como uma tentativa de dominação sobre a sua potência de invenção, que tem força para mudar, por exemplo, um hábito comercial/interessante como o uso do tabaco. “É bom esse manual que ajuda a gente saber como fazer”. Assim se garante o controle sobre o trabalho e a produção em saúde, reforçando uma relação verticalizada entre os atores da saúde e dificultando o diálogo pertinente à Promoção à Saúde.

Por sua vez, as orientações remetidas aos usuários foram divididas em quatro sessões, cada uma exposta em uma cartilha.

Essa ação se utiliza de um modelo educativo behaviorista, que por meio de exemplos reforça o que cada indivíduo deve fazer para alcançar o maior êxito, (neste caso: parar de fumar). Este modelo é marcado por um discurso moralizador e higienista que tem por objetivo ensinar ao usuário um determinado comportamento, tomado pelos *experts* como ideal a todos, indistintamente. Para Melo (2007) essa perspectiva, que se preocupa excessivamente com a técnica, com as regras estabelecidas pelo manual, acaba por deixar de lado o contexto de vida dessas pessoas.

Assim podemos dizer da não abertura ao envolvimento dos sujeitos com suas intensidades e força inventiva na ação. O que há é uma participação marginal sob a imagem de participação social, mas em verdade o envolvimento do usuário se configura, nessa ação, como uma possibilidade de escolha apenas no que concerne à data e ao método a ser utilizado (abruptamente ou de forma gradual) para parar de fumar, o que, de qualquer forma, leva ao cumprimento do estabelecido pelo manual. Por fim, neste primeiro encontro ainda, seguindo a orientação dessa primeira cartilha do participante, é indicado um teste para se saber o grau de dependência de cada usuário.

Seguindo a perspectiva do modelo behaviorista de educação, os indivíduos são ensinados a partir de um modelo de como fazer, de tal forma que é descrito cada passo necessário para sua execução. Utiliza-se do princípio da subdivisão do conhecimento em pequenos passos, para que então o êxito do aprendizado se concretize. Acrescido disso, são apresentados reforçadores, imediatamente após a emissão do comportamento que se quer fortalecer. No caso dessa ação, o reforçador aconteceu na forma de aplausos logo após o comunicado pelo membro do grupo da escolha da data, do método e de estar alguns dias sem fumar.

Às vezes um dos profissionais envolvidos tentou acessar alguns sentimentos relativos a essa falta do cigarro, o sofrimento e a ansiedade vivenciados por eles, trazer alguns questionamentos a respeito de como é parar de fumar e/ou ainda, o porquê de ser tão difícil escolher a data. Contudo, essa discussão não teve continuidade, provavelmente também pelo entendimento completamente diverso de um profissional para o outro, que por não terem tido um momento sequer de encontro para a discussão dos entendimentos vinculados a essa ação, acabavam, algumas vezes, se chocando na ação.

Além disso, a falta de continente para os problemas também se vincula à dificuldade dos profissionais de lidarem com todos os sentimentos e sofrimentos externados no momento em que se abre à escuta do outro.

Os profissionais são formados principalmente para darem respostas aos problemas que surgem, e essa tarefa fica ameaçada quando se fala de sentimento, desigualdade social, exclusão, violência, tráfico de drogas, sofrimento. Nestes casos as respostas não são possíveis de serem dadas, assim a tarefa se converte em algo ainda maior, torna-se imprescindível o contato com todo este sofrimento, incluindo o seu próprio, e a articulação com outros setores, atores e saberes.

Assim, tentar abafar estes sofrimentos e sentimentos não faz com que eles deixem de estar presentes, de uma forma ou outra, eles continuam reverberando e pedindo passagem, que seja no adoecimento do corpo físico. Assim, essa fuga de contato surge como uma outra possibilidade de sofrimento, pelo impedimento de problematização e invenção de saídas a uma determinada situação (ROLNIK, 1995).

As cartilhas trazem normas e regras para agir durante o duro processo de deixar um hábito e uma dependência química e psíquica, no entanto, ser inteiramente determinado por normas, por exigências ditadas por um meio externo, por um outro, não é viver, é ao contrário alguma coisa de profundamente patológico. Assim como a vida, a saúde se relaciona à capacidade de ser normativo, criar normas diante da variabilidade do meio, inventar-se incessantemente, ser protagonista de sua própria vida (CANGUILHEM, 2002; SCHWARTZ, 2000).

Além das prescrições, a cada encontro os usuários falavam daquilo que conseguiram fazer do que estava indicado no manual, demonstrando, no entendimento de alguns dos profissionais envolvidos, se o usuário estava dedicado ou não ao processo de parar de fumar. Funcionava, em verdade, como um momento de verificação, fiscalização e controle das ações dos usuários frente ao objetivo de parar de fumar.

PROFISSIONAL 1 - Me conta, quem fez o que estava no livrinho pra hoje?

USUÁRIO 1 – É, não tá fácil. Eu fico nervosa, ansiosa...

PROFISSIONAL 2 - Vocês têm que se sentir motivados. Ter um objetivo único: parar de fumar. Vou contar uma história para vocês: uma vez um homem estava perdido em uma ilha, sozinho, aí ele começou a orar, orar, orar por uma ajuda divina. Aí vieram helicópteros, navios, aviões para resgatá-lo, e nada dele sair da ilha. E ele continuava a orar a Deus, pedindo para Deus te tirar daquela ilha. Até que ele acabou morrendo e quando se encontrou com Deus perguntou: eu orei tanto, e por que o Senhor não me salvou daquela ilha? E Deus respondeu a ele: Eu fiz várias tentativas de te tirar da ilha, mas você não aceitou nenhuma. Fica a lição, vocês têm que aproveitar essa oportunidade. A hora é agora. Deus mandou esse grupo para vocês. Basta atitude de vocês. Toda decisão requer atitude, igual quando você vai decidir por casar, você tem que ter atitude.

USUÁRIO 2 - Assim você tá pressionando a gente.

PROFISSIONAL 3 - Não, de jeito nenhum, é só uma dica e não uma imposição. Parar de fumar vai acontecer no momento que cada um quiser.

Os usuários permaneceram calados naquele momento, mas na ocasião da entrevista coletiva, citaram os momentos de cobrança por parte dos profissionais, nessa e em outras ações, como algo desestimulante no processo de cuidado com a saúde (“cobrança só dá mais vontade”). Somado a isso, os usuários pontuaram que o fato dos profissionais, muitas vezes, não ter vivenciado as dificuldades enfrentadas em relação a um determinado problema de saúde, não lhes dá credibilidade de

falarem daquela questão. Neste contexto, mais uma vez surge a frase: “a gente faz do nosso jeito”. O que nos remete a idéia de que neste processo não há passividade, mas sim microdecisões, mudanças, escolhas e modos de fazer que se diferenciam das normas prescritas, produção de sujeitos e de coletivos. Estamos falando do processo de subjetivação, que consiste na invenção de modos de existência, de maneiras de se viver, de acordo com regras variadas, inventadas, recriadas, “capazes de resistir ao poder bem como se furtar ao saber, mesmo se o saber tente penetrá-los e o poder tente apropriar-se deles”. (DELEUZE, 1992, p.116).

9.3.6 “HIPERDIA”

A ação HIPERDIA é voltada às pessoas com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, acontece no auditório da Unidade de Saúde, geralmente a cada dois meses, na presença do médico, enfermeiro e ACS. Trata-se de uma ação priorizada pelo MS e pela SEMUS, o que significa que a Unidade deve realizá-la. “Essa é também do protocolo, que a gente faz, ele é encaminhado pra gente, é pelo protocolo do Ministério, aí tem que fazer”.

A programação em saúde, trazida pelo MS, se utiliza de um referencial exclusivamente epidemiológico, que define as necessidades prioritárias da população em saúde, deixando de lado as questões sociais, psicológicas e singulares, importante à Promoção à Saúde (CUNHA, 2004).

Essa ação foi firmada como um compromisso prioritário, a fim de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, as quais, há algumas décadas, representam a primeira causa de morte no Brasil, segundo registros oficiais (BRASIL, 2008d).

Contudo, ser listada como ação específica de Promoção à Saúde nas Políticas Nacional e Municipal de Promoção, não a assegura, necessariamente, como ação de Promoção à Saúde, pelo menos na forma como a entendemos.

Observamos, durante as várias vezes em que estivemos presentes, que os usuários comparecem para medirem a pressão arterial, a dosagem de glicose e pegarem suas receitas médicas, além, de algumas vezes, assistirem a palestras proferidas por profissionais da Unidade de Saúde sobre temas relativos à sua doença, como, por exemplo, “alimentação saudável para hipertensos e diabéticos”.

Tem-se como foco a enfermidade, assim a intervenção é eminentemente médico-biológica, voltada ao tratamento médico, incluindo indicação medicamentosa e medição de sinais vitais, além da prescrição de comportamentos tidos como saudáveis.

São inegáveis o valor e os resultados já alcançados por essas ações. “Tem mais gente se tratando, com a pressão controlada e com a taxa de glicose em dia”. Contudo, a Promoção à Saúde trabalha com uma perspectiva mais ampla de intervenção, evoca outros fatores relacionados ao processo saúde-doença por exemplo, para além dos aspectos biológicos. Com isso podemos dizer que uma ação como o HIPERDIA tem características de ação de tratamento: hipertensão arterial e diabetes.

No entanto, seria possível pensar uma ação de HIPERDIA, por exemplo, enquanto ação de Promoção se baseada na escuta, na troca entre os sujeitos, em um trabalho coletivo, focado na transformação de relações que cotidianamente produzem hipertensão arterial e diabetes. Neste caso o setor saúde contribui imensamente não só com a medicação, mas também na potencialização de sujeitos autônomos, que trabalhem coletivamente por mudanças nessas relações desfavoráveis à saúde.

Consideramos que qualquer ação em saúde, independentemente de ser ou não afirmada como de Promoção, requer minuciosa discussão de suas propostas entre os seus atores, inclusive, e principalmente, aquelas ações prescritas pela MS e pela SEMUS. Tal discussão se faz necessária para que o “tem que ter” não se reproduza em uma ação descontextualizada, que trabalha com a doença, independentemente das questões que perpassam os sujeitos; e/ou sem propósito, como dito pelo profissional: “a gente tem que fazer, aí a gente faz, mas, muitas vezes, é um fazer por fazer”.

Entendemos, inclusive, que ações descontextualizadas e sem propósito estão diretamente relacionadas a pouca adesão dos usuários, já que assim sendo, muitas vezes eles não entendem sequer o motivo de ser da ação.

Não sei pra que aquele grupo daquele jeito, bobeira, é só para atender mais gente de uma vez só, podia ser consulta mesmo, dava no mesmo, é só para passar remédio mesmo. (USUÁRIO)

O sujeito é excluído do processo saúde-doença, ou incluído por meio da doença, como foi feito por essa ação que condicionou a vinda do usuário ao recebimento da medicação.

Essa vinda deles, muitas vezes é um problema, agora a população até tem participado, vem muita gente, poucos têm faltado, mas também o que falta a gente não entrega receita, pra fazer com que ele venha e o médico veja, porque muitos deles mandam outros pegarem suas receitas e nunca vem. Então a gente retém a receita, não carimba, pra quando ele vem a gente vai saber que ele não foi na ação e aí vamos falar pra médico pra atender e conversar com ele sobre isso. Tem uns que nunca aparecem. (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Neste sentido, a ação acontece com vistas a manter o controle sobre os pacientes de hipertensão e diabetes. Os usuários, comparecendo ao grupo, têm suas taxas registradas em prontuário, garantindo acompanhamento da doença por parte dos profissionais. A relação prevalente, neste caso, é do profissional com a doença, cujo controle é o que importa, independente do estado da relação do usuário com a família e com o trabalho, por exemplo.

Nesta perspectiva de trabalho o conhecimento técnico é o único valorizado como capaz de dar conta do acompanhamento e controle dessas doenças, logo cabe ao profissional atender a toda a demanda, razão pela qual o “número elevado de hipertensos e diabéticos no território” possa ter sido arrolado como dificuldade à execução da ação.

Entendemos que essas dificuldades apontadas pelos profissionais para o andamento dessa ação – a pouca adesão dos usuários, o elevado número de pessoas com hipertensão e diabetes demandando o serviço e/ou ainda o pouco número de profissionais envolvidos nessa ação – poderiam ser superadas se os

sujeitos participantes dessa ação fossem tomados como capazes de contribuir com ela. Assim o profissional não teria de dar conta, sozinho, de tudo e, inclusive, de questões que estão fora de sua governamentalidade, como, por exemplo, garantir o uso de medicação por todas as pessoas com hipertensão e diabetes.

A parceria profissional/comunidade, possibilitada pelo diálogo entre estes dois saberes e práticas, favorece a emancipação da vida pela invenção/ação conjunta por melhores condições de existência. Nessa relação de troca há a possibilidade de se construir um conhecimento outro, certamente baseado no conhecimento científico relativo à hipertensão e diabetes, mas também fundamentado pelas experiências destes usuários de como é viver com essas doenças, do que é possível e o que é preciso para que este “número elevado de hipertensos e diabéticos no território”, por exemplo, seja trabalhado na direção de mudanças efetivas na vida das pessoas. Isso não isenta o Estado de sua responsabilidade de propiciar melhores condições de trabalho, de contratar profissionais para as Unidades, de promover mudanças sociais, econômicas, políticas dentre outras importantes à produção de saúde, mas, ao contrário, o Estado passa a ser ainda mais cobrado por estes atores no cumprimento dessas metas.

Neste contexto a hipertensão arterial e a diabetes deixa ser vista como uma questão que diz respeito apenas a um determinado indivíduo, a uma genética, a um desvio de conduta e passa a ser trabalhada também em suas questões sociais, no que se refere às escolhas e necessidades dessas pessoas.

10 CONSIDERAÇÕES

Nesta pesquisa, analisamos as ações tidas como de Promoção à Saúde, atentando-nos para as concepções que as embasam, a maneira como acontecem e as relações que se dão neste cenário e que cotidianamente constroem sujeito, mundo e saúde.

Para tanto, acompanhamos o cotidiano de uma US do município de Vitória-ES, principalmente as ações entendidas pelos profissionais como de Promoção, e ouvimos os atores deste contexto acerca deste fazer em saúde.

A Promoção à Saúde, do modo como é valorizada nesta pesquisa, estima pela co-construção de melhores condições de vida, para tanto requer relações que sejam transversais, trabalhando pela autonomia e protagonismo dos sujeitos. Contudo, vale destacar que são muitos os entendimentos sobre este tema, assim como são diversas as concepções que o circunda. Isso tem provocado que diferentes ações estejam sendo realizadas em nome da Promoção, incluindo tanto atividades voltadas ao coletivo, ao ambiente físico, social, político econômico, cultural, quanto àquelas atividades que primam pela mudança de estilo de vida, focalizadas no comportamento de um determinado risco e que, muitas vezes, acabam por se igualar a Prevenção de Doenças.

De qualquer forma, a Promoção à Saúde vem sendo afirmada, inclusive por vários documentos oficiais, como instrumento de possibilidade de avanço para o setor. Assim o MS e a SEMUS estabelecem que a Promoção deve ser priorizada pela Atenção Básica elegendo as ações a serem cumpridas pelas USs, sem, contudo, envolver os atores, diretamente interessados, na avaliação sobre a pertinência da execução dessas atividades, por exemplo.

Mesmo assim, é evidente o empenho, a dedicação e o compromisso dos profissionais para a realização dessas ações em prol da comunidade. Contudo, a inexistência de um espaço de reflexão sobre os efeitos e os propósitos dessas atividades acabam por reproduzir a relação verticalizada destes órgãos com os profissionais da US nas ações com os usuários. Assim, muitas vezes, os

profissionais atuam no sentido de proporcionar a saúde do outro, e não de trabalhar juntos para as conquistas almejadas pela coletividade, configurando um hiato entre o que o serviço oferece e o que a população considera como importante para a sua vida, resultando, por vezes, no esvaziamento dos usuários nessas ações.

Apesar de todo o esforço dos profissionais em cumprirem as prioridades estabelecidas pelo MS e pela SEMUS, fazem-se presentes, também, sentimentos de impotência, desvalorização e desânimo por parte dessas pessoas que são, de certa forma, desconsideradas também neste processo decisório. Assim, por vezes são levados a reproduzir mecanicamente as decisões políticas e técnicas impostas sobre eles. Tal mecanismo, somado a uma formação, na maioria das vezes, perpassada por uma lógica em que cabe a cada um a sua tarefa, obstaculiza ainda mais a construção conjunta de melhores condições de vida, de modos outros de produzir saúde, nos quais a participação de todos os atores é imprescindível.

Entendemos que o não envolvimento dos sujeitos nos processos sobre a sua vida – no caso, na construção de ações que dizem respeito a sua saúde e/ou ao seu trabalho – os leva a atuarem por meio da resistência, que se expressa no não comparecimento ou descumprimento das ordens recebidas. Isso, inclusive, foi mencionado como uma das dificuldades para efetivação das ações de Promoção.

No caso dos profissionais tal resistência se expressa sob o modo do cumprimento mecânico da “parte” que lhe cabe nessas tarefas. O que resulta numa dificuldade de articulação entre os saberes de cada um, ou mesmo um alheamento, que se expressa pelo não envolvimento em atividades que “não lhe dizem respeito”, por exemplo.

Tanto um – o profissional – quanto o outro – o usuário – se encontram capturados e engessados neste modo de funcionamento, fragmentados em programas ministeriais e lugares instituídos. O profissional se sente isolado, por vezes, cumprindo o que lhe foi determinado a fazer; e um mesmo usuário, por sua vez, é dividido em determinações oriundas de várias ações desconexas entre si. Assim, por exemplo, um mesmo usuário com hipertensão arterial, fumante e beneficiário do

“Bolsa Família”, é abordado nas ações de HIPERDIA, Anti-Tabagismo, “Bolsa Família” e Atividade Física, separadamente.

Pontuamos essa fragmentação dos sujeitos e das ações como um obstáculo a Promoção à Saúde, já que neste sentido predominam relações verticalizadas, nas quais cabe a uma minoria padronizar regras de bem estar e aos demais acatarem, dificultando as trocas, os encontros e a produção de autonomia. Mencionamos isso como um dificultador e não como algo que impossibilita a invenção nestes espaços, pois, mesmo diante das inúmeras determinações, seja por parte do MS e da SEMUS, seja por parte dos profissionais, sempre há brechas, linhas de fuga que possibilitam aos sujeitos afirmarem a vida do modo como consideram melhor. O trabalho nunca é totalmente determinação, repetição; envolve escolhas, arbitragens, uso de suas construções singulares.

Pudemos presenciar estes momentos e por isso afirmamos em relação a algumas das ações em que estivemos presentes, naquele espaço e naquele tempo, que há possibilidade da existência de momentos potentes a construção de protagonismos e de Promoção à Saúde, bem estar e autonomia.

Houve momentos marcados pelo endurecimento das relações e outros em que os sujeitos conseguiram, mesmo que timidamente interferir e se colocar nas ações. Mas é certo que a participação efetiva de todos os atores no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde não tem um respaldo institucional, o lema, muitas vezes, parece ser: produzir, evitar o “desperdício de tempo” e cumprir o que está prescrito para ter garantido serviços de “saúde de qualidade”.

Com isso, deixou-se de abordar problemas sociais graves que atingem a população deste bairro e que estão diretamente vinculados à saúde dessas pessoas e às suas escolhas. Não é possível desconsiderar e banalizar essas iniquidades sociais no processo saúde-doença, não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar diferenças injustas e evitáveis, remetendo à dimensão moral e ética subjacente ao princípio e à busca por realizar os direitos sociais (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003).

Neste contexto, afirmamos a importância de se reinventar a forma histórica de lutar e batalhar pelo exercício destes direitos sociais, sem medo de problematizar a razão de ser destes obstáculos econômicos, políticos e sociais como nos diria Freire (2003). E ter coragem de pôr em análise essas prioridades ministeriais, para que assim possamos co-construir ações coerentes com a realidade dos envolvidos, com vistas a emancipação social e a Promoção à Saúde. Essas prioridades precisam ser vistas como resoluções de uma determinada administração, que podem e devem ser questionadas, refletidas e, se necessário, reformuladas.

Nos momentos em que estivemos na US pudemos constatar uma indistinção entre Promoção à Saúde e Prevenções de Doença e um predomínio de orientações e prescrições de condutas tidas como saudáveis na insistência da mudança de estilo de vida por parte dos usuários. Neste contexto, permanece ainda um distanciamento entre os profissionais e usuários evidenciado no binômio “nós e eles”, há poucos momentos de trocas efetivas entre estes atores, o que remete ao não reconhecimento do modo de ser deste outro, resultando em constante prescrição da maneira ótima de estar na vida para se manter saudável e limitando a construção de outras formas de inserção ao serviço, pautada, por exemplo, em uma maior democratização nas relações profissionais/usuários (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Acreditamos que as transformações sociais se dão a partir da participação no plano micropolítico, a partir da mudança nas relações que insistem, muitas vezes, em reforçar a passividade e a submissão de uns aos saberes especialistas, por exemplo. É possível e preciso potencializar a cultura relacional de Andorinhas, que já resultou em muitas conquistas coletivas por melhores condições de vida a essa população. Reanimar a importância dos encontros e das trocas também no espaço da US, envolvendo todos os atores, para a avaliação, por exemplo, dessas ações que cotidianamente produzem mundo, saúde e sujeito. O conhecimento tem que ser vivido, assim, para além da transmissão de informações, é preciso criar possibilidade de produção do conhecimento e isso se dá quando essa troca se torna efetiva e os sujeitos, então, se apropriam de suas potências de transformação como nos diria Freire (2003) e certamente os profissionais e os moradores do entorno desta Unidade reúnem capacidade e criatividade para fazê-lo.

Ao final deste trabalho resta a certeza de minimamente ter atingido a finalidade de pontuar alguns aspectos envolvidos na concretização das promessas embaladas pela proposta da Promoção à Saúde e a esperança de com esta pesquisa poder contribuir, como trabalhador social ligado à Psicologia e à Saúde Coletiva, para a análise das ações de Promoção à Saúde e resgatar seu importante papel na co-produção de redes de solidariedade e construção de novas formas de se fazer saúde e de produzir sujeitos potentes para fazê-lo.

11 REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, 1999. p.107-203.
- AROUCA, S. **O dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- _____. A história natural das doenças. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTES, P. (Org.). **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p.16-20.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. p. 63-72.
- _____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, supl. 1, 2002. p. 28-42.
- _____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis** [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 43-62. ISSN 0103-7331
- AYRES, J. R. de C. M. et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In; CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-140.
- BAPTISTA, T.W.F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta nacional da política de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007, p. 615-26.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2001. p. 221-31.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 21 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080/1990**. In. Coletânea da Legislação basca 5. Brasília: MS. 1991a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.142/1990**. In. Coletânea da Legislação basca 5. Brasília: MS. 1991b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.203**. Institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva: **Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde. v. 1. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v.4 (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. v.7 (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa saúde da família – PSF**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 5 de novembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientação para a Organização de Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2008a.

BRASIL: Ministério da Saúde. **O que é Programa Bolsa Família?** Disponível em: <http://sisvan.datasus.gov.br/sbf_w3/default.asp>. Acesso em: 10 jun. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento das condicionalidades da Saúde Bolsa Família na Saúde**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/perguntas_respostas_pbf.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/hiperdia.php?area=2907A1B0C0D0E0F2907G1628HIJd1L2MON&VInclude=../site/texto.php>>. Acesso em: 09 jun. 2008d.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, v.1, 2000. p. 163-177.

_____. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. . In; CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.76, n, 1, 2007. p. 63-76.

CAMPOS, G. W. S. de. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública [online]**. 1998, v. 14, n. 4, p. 863-870. ISSN 0102-311X

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, 2004. p. 745-749.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde. In: Fleury, Sônia. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, v. 1, p. 417-442.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. – 5 ed – Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. George Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciência, Saúde**, Manguinhos, v. IV, n. 2, jul/out.1997. p. 287-307.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, v.4, 2004a. p. 1088-1095.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, 2004b. p. 669-678.

_____. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: Sujeito e Mudança. São Paulo; HUCITEC, 2005.

CARRETEIRO, T. C. “A Doença como projeto” – uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais. In: Sawaia, B. (Org.). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. p. 87-96.

CECÍLIO, L. C. O. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 11, 2007. p. 345-363.

COIMBRA, C. M. B. A Divisão Social do Trabalho e os Especialismos Técnico-Científicos. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 2, 1990. p. 9-16.

CRUZ, S. C. S. **Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia de Saúde da Família**: O Caso de Resistência. 2007. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2007.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas-SP, 2004.

CZERESNIA, D & Freitas, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DALBELLO-ARAÚJO, M. D. Paradoxos das Políticas Públicas: programa de saúde da família. In: Zeidi Araujo Trindade; Angela Nobre de Andrade. (Org.). **Psicologia e Saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.73-87.

DALBELLO-ARAÚJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social.** 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005.

DALBELLO-ARAÚJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social: temas em debate.** Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **Lei n.º 4.317/1990.** Modelo Assistencial de Saúde do Espírito Santo. Vitória: Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, 1990.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** Petrópolis: vozes, 1977.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade, vol 2 – o uso dos prazeres,** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREIRE-COSTA, J. A higiene das famílias. In: _____. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 44-73.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 17.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais In: BAUER, M. B.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GUERRA, C. B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Investigando as Práticas de Promoção da Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória-ES.** 2008, 15f. Relatório de Iniciação científica – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

IGLESIAS, A. et al. Análise das ações de Promoção da Saúde realizadas por psicólogos da Macrorregião do Município de Vitória. **Revista Psicologia: Teoria e Prática.** 2009.

IBGE. **CENSO Demográfico do ano 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** Mc- Graw-Hill Inc., São Paulo, 1976. 744 pp.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, , 2005. 502 p.

LOURAU, R. O Instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MELO, J. A. C. A Prática da Saúde e a Educação. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTES, P. (Org.). **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p.48-51.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em saúde; 9 ed. revista e aprimorada - São Paulo: HUCITEC, 2006.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES**: uma experiência participativa. 1999. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ONOCKO CAMPOS, R. T. & CAMPOS, G.W.S. Co-Construção de Autonomia: o sujeito em questão. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 669-688.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 03 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. 2005. Disponível em http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 03 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa. 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 04 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Adelaide. 1988. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 04 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Sundsvall. 1991. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 07 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Santafé de Bogotá. 1992. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 07 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Jacarta. 1997. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 09 de abril de 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração do México. 2000. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16> . Acesso em: 09 de abril de 2007.

PAIM, J. M. A - Reforma Sanitária e a Municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 01 nº02, São Paulo, 1992. p. 29-47.

PEIXOTO-PINTO, E. E. **Promoção da Saúde**: uma nova Política pode alterar um paradigma? 2008, 113p. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2008.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. **Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG**, Belo Horizonte, 2001. p.01-35.

QUADRA, A. A. **Viver é resistir**: o modelo de história natural das doenças. Rio de Janeiro, Achite, 1983.

ROLNIK, S. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: Maria Cristina Magalhães. (Org.). **Na sombra da cidade**. 1 ed. São Paulo: Escuta, 1995 p. 141-170.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/UNESP/ABRASCO, 1994.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Revista Pro-posições**, Faculdade de Educação. Unicamp, n. 32, dez. 2000. p.13-44.

SECCO, A. B. **Avaliação da Puericultura na Unidade Básica de Saúde Vila Municipal**. Disponível em: < http://www.ufpel.tche.br/xvicio/cd/pdf/CS/CS_01193.pdf. >. Acesso em: 13 jun. 2008.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, 2003. p.91-112.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, 2004. p.5-19.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde: reflexões em torno da Política Nacional recentemente implementada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2007. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2007.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde, Vitória. **Relatório de Gestão 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/RELATORIO_DE_GESTAO_2006_final.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2008a.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Disponível em:
<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>. Acesso em: 03 de setembro de 2008b.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Disponível em:
<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/fito1.htm>. Acesso em: 12 de outubro de 2008c.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO; 2005 [cited 2005 Sept 2]. Available from: <http://www.worldhealthorganization/html>

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS
DIRETORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

	Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Formulário	

1- FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS DIRETORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

I- DADOS GERAIS:

Unidade _____

Endereço _____

Telefone _____

Formação Profissional _____

Data: __/__/__

II – IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

1- Vocês realizam ações de Promoção à Saúde nesta Unidade?

2- Se sim: Quais ações de Promoção à Saúde são realizadas?

3- Por que considera que estas ações são de Promoção à Saúde?

4- Como essas ações acontecem? Descreva-as.

5- Qual a periodicidade dessas ações?

6- Onde estas ações são realizadas?

- 7- Quem participa dessas ações de Promoção à Saúde (usuários e profissionais envolvidos)?
- 8- O que levou a equipe a trabalhar com essas atividades?
- 9- Como é a relação da equipe da ESF com essas atividades?
- 10-Como você vê essas atividades?
- 11-Elas têm gerado resultados? Quais?
- 12- Quais as dificuldades encontradas na Unidade para a realização destas práticas de Promoção à Saúde? E quais as contribuições dadas, pela realização dessas ações, à saúde da população?

**APÊNDICE B – FICHA AUXILIAR PARA LEVANTAMENTO DAS
AÇÕES CONSIDERADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO DE
MARUÍPE**

Formação: _____

Data: ____/____/____

Ações/Exemplo- Como?	Onde?	Quando?Frequência?	Quem? Envolvidos / Profissionais e Usuários?	Efeitos / Consequências/ Produto dessas ações? Para ambas as partes?	Dificuldades?

**APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE
PROMOÇÃO À SAÚDE**

	Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Observação	

1-ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE

I - DADOS GERAIS:

Profissional _____

Ação de Promoção à Saúde realizada: _____

Data: __/__/__

II – AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Deve-se observar:

- A rotina, verificando quais atividades são realizadas;
- Como acontece essa ação;
- Alvo(s) da ação de Promoção à Saúde;
- Abordagem utilizada;
- Interações e confrontos entre os participantes da ação;
- Participação dos usuários e dos profissionais na ação de Promoção à Saúde.

**APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS
PROFISSIONAIS EXECUTORES DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À
SAÚDE**

	Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Entrevista	

**1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS EXECUTORES
DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

I- DADOS GERAIS:

Profissional _____

Ação de Promoção à Saúde realizada: _____

Data: __/__/__

**II –AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE:**

- 1- Você considera esta ação como de Promoção à Saúde? Por quê?
- 2- Quando essa ação foi implantada? Como foi a sua implantação?
- 3- O que te levou a trabalhar com essa atividade?
- 4- A quem é direcionada essa ação?
- 5- Como se dá o contato com os usuários para a inserção nessa atividade?
- 6- Como acontece hoje essa ação? Objetivos e fundamentos que embasam essa ação?

- 7- Como você gostaria que fosse essa ação?
- 8- E ela acontece assim?
- 9- Você tem alguma dificuldade em relação à execução das ações de Promoção? Se sim, qual (is)? Descreva-as.
- 10-Como você vê as práticas de Promoção à Saúde nesta Unidade?
- 11-Elas têm gerado resultados? Quais?
- 12-Como é a relação da equipe da ESF com essa atividade?
- 13-Vocês se encontram em algum momento dessa ação?
- 14-O que você acha da proposta da Promoção à Saúde?
- 15-Há diferença em trabalhar com ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças?
- 16-Se você tivesse que dar uma capacitação para uma equipe que está tentando realizar ações de Promoção à Saúde, o que você recomendaria?

**APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS
QUE PARTICIPAM DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

	Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Entrevista Coletiva	

1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS QUE PARTICIPAM DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE.

II- DADOS GERAIS:

Ação de Promoção à Saúde realizada: _____

Data: __/__/__

II – AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

- 1- Como essa ação acontece? Descreva-as. O que vocês acham dela?
- 2- Como vocês gostariam que fosse essa ação?
- 3- Elas têm gerado resultados? Quais?
- 4- Quem os convidou a participarem dessa atividade? Como foi esse contato?
- 5- O que levou vocês a participarem dessa atividade? Como é estar participando dessas ações?
- 6- Qual (is) o(s) objetivo(s) dessa atividade? No que essa atividade é diferente de outras ações prestadas pela US?

- 7- Vocês enfrentam alguma dificuldade no dia a dia para que essa atividade aconteça?
- 8- Se sim, qual(s)? Descreva-as.
- 9- O que vocês esperam dessa ação?
- 10-Como é a relação com os profissionais envolvidos nessa atividade?
- 11-Sugestões a serem feitas?

**APÊNDICE F - TABELA DAS AÇÕES CITADAS COMO DE
PROMOÇÃO À SAÚDE PELOS DIRETORES DAS UNIDADES DE
SAÚDE DE VITÓRIA-ES**

Ação descrita como de Promoção à Saúde	Região São Pedro (4 US)	Região Santo Antônio (3 US)	Região Maruípe (6 US)	Região Centro (5 US)	R. Continental (5 US)	Região Forte de São João (5 US)	Total
HIPERDIA	4	3	4	5	3	3	22
Ação voltada às Gestantes	3	2	4	3	1	3	16
Bolsa Família	0	2	5	4	2	2	15
Ação com os Adolescentes	2	2	3	0	1	4	13
Saúde Bucal - Sorria Vitória	5	1	0	3	2	0	11
Saúde da Mulher	1	1	4	2	2	0	10
Atividade Física	2	2	2	1	1	2	10
Planejamento Familiar	3	0	4	0	0	2	9
Puericultura	2	0	2	2	1	1	8
Saúde Mental	2	0	3	0	1	1	7
Tabagismo	0	0	1	0	2	3	6
Saúde do Escolar	1	1	3	0	1	0	6
Saúde do Idoso	2	0	1	1	1	0	5
Risco Social	3	0	0	1	0	0	4
Ação voltada aos ACS	1	1	0	1	0	0	3
Oficina de Vivência	0	0	0	0	1	1	2
Pense Leve e Vida Leve	0	0	0	1	0	1	2
Cuidando de quem cuida	0	1	0	0	1	0	2
Sala de Espera	1	0	0	1	0	0	2
Ação com as Crianças	0	1	1	0	0	0	2
Saúde dos Homens	0	0	2	0	0	0	2
Ação de Vacinação	0	0	0	1	0	0	1
Climatério	0	0	0	0	1	0	1
Hanseníase	0	0	1	0	1	0	1
Grupo de Pais	0	0	0	0	1	0	1
Ação nas Creches	0	0	0	0	0	1	1
Ação com os Pescadores	0	0	0	0	0	1	1
Fisioterapia	0	0	0	0	0	1	1
Pintando e Bordando	0	0	0	0	0	1	1
Horta Fitoterápica	0	0	0	0	0	1	1
Ginástica Laboral	1	0	0	0	0	0	1
Pequeno Cidadão	1	0	0	0	0	0	1
Comitê Viva Vida	1	0	0	0	0	0	1
Artesanato	0	1	0	0	0	0	1
Saúde no Parque	0	0	0	1	0	0	1
Oficina Arte Vida	0	0	0	0	1	0	1
Grupo de Obesos	0	0	1	0	0	0	1
Tenda Cigana	0	0	1	0	0	0	1
Tuberculose	0	0	1	0	0	0	1
Oficina com a Nutrição	0	0	1	0	0	0	1
Dia da Mancha	0	0	1	0	0	0	1
Cine Consolação	0	0	1	0	0	0	1
Agente Jovem	0	0	1	0	0	0	1
Total	35	18	47	27	24	28	179

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Universidade Federal do Espírito Santo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Análise das ações de Promoção à Saúde em macrorregião do município de Vitória-ES

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof^a Dr^a. Maristela Dalbello Araújo e que será realizada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Alexandra Iglesias, PPGASC 2007/2008, já autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Vitória-ES.

Nosso objetivo é analisar como ocorrem na prática as ações de Promoção à Saúde, especialmente no que diz respeito às relações entre os atores envolvidos nessas ações, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória – ES, circunscritas na macrorregião de Maruípe, a partir de entrevistas individuais e coletivas com os profissionais de saúde e usuários, além da observação das ações de Promoção à Saúde. A participação nesta pesquisa é optativa e a não aceitação em participar não acarretará nenhum prejuízo ao profissional de saúde e nem ao usuário do serviço. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos a colaboração.

Eu _____

RG: _____, concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito e autorizo a utilização dos dados coletados, que poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada.

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

 Assinatura do participante
 Endereço: _____

 Alexandra Iglesias
 RG 1.770.950-ES
 Endereço e Tel para contato:
 Avenida Marechal Campos, 1468,
 Maruípe, Tel: 8172-0115

Vitória-ES, ____/____/____.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa - EMESCAM: Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, 29045-402. Telefone: 3334-3586

**ANEXO 1 – MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE VITÓRIA-ES**



Figura 1: Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal, Vitória, 2006. Fonte: SEMUS/GAS, 2006.

**ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA SEMUS PARA REALIZAÇÃO DESSA
PESQUISA**

**ANEXO 3 – APRECIÇÃO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "**Análise das Ações de Promoção da Saúde em Macrorregião do Município de Vitória**", cadastrado com o Nº 050/2008, do pesquisador responsável "**Maristela Dalbello Araujo**", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 26/05/2008.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de 26/05/2009, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 06 de Junho de 2008.

p/ Mary Lu dos Santos
Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez